

CIRUGIA Y QUIRURJANOS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO OFICIAL DE LA
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XVIII



SEPTIEMBRE

1950

Presidente:

DR. LUIS CARRILLO AZCARATE.

Director Permanente de Publicaciones:

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR



SELECTIVIDAD ANTI-INFECCIOSA

FONTAMIDE

(p-amino-bencen-sulfonil-tiurea) 2255 R. P.

ANTIBACTERIANO Y ANTIMICOSICA BIEN TOLERADO
POR EL ORGANISMO

Acción electiva contra:

LUPUS - AFECCIONES MICOSICAS - NEUMOCOCCIAS
ESTAFILOCOCCIAS CUTANEAS - ESTREPTOCOCCICAS
COLIBACILOSIS

Comprimidos de 0.50 g. (tubos de 20)

Dosis inicial: 5 a 10 g. diarios. Por vía parenteral y tópica.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas de 3 y 10 cm.³
(Solución al 33%)

En Oftalmología y Otorrinolaringología.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas-gotero.

Reg. Núms. 30431, 30432, 32327. S. S. A. Prop. No. Ff-24

ES UN PRODUCTO DE LOS LABORATORIOS SPECIA - RHONE - POULENC

Establecimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43.

México, D. F.

STERANDRYL 25
STERANDRYL 10

Androgénico Parenteral

★

Glosso Sterandryl

Androgénico Perlingual

★

Grupo Roussel, S. A.

VARSOVIA No. 19.

MEXICO, D. F.

Reg. No. 19205 y 31038 S. S. A:

"Literatura exclusiva para médicos".

Prop. No. A-Ff-221/50.

SELECTIVIDAD ANTI-INFECCIOSA

FONTAMIDE

(p-amino-bencen-sulfonil-tiurea) 2255 R. P.

ANTIBACTERIANO Y ANTIMICOSICA BIEN TOLERADO
POR EL ORGANISMO

Acción electiva contra:

LUPUS - AFECCIONES MICOSICAS - NEUMOCOCCIAS
ESTAFILOCOCCIAS CUTANEAS - ESTREPTOCOCCICAS
COLIBACILOSIS

Comprimidos de 0.50 g. (tubos de 20)

Dosis inicial: 5 a 10 g. diarios. Por vía parenteral y tópica.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas de 3 y 10 cm.³
(Solución al 33%)

En Oftalmología y Otorrinolaringología.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas-gotero.

Reg. Núms. 30431, 30432, 32327. S. S. A. Prop. No. Ff-24

ES UN PRODUCTO DE LOS LABORATORIOS SPECIA - RHONE - POULENC

Establecimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43.

México, D. F.

STERANDRYL 25
STERANDRYL 10

Androgénico Parenteral

★

Glosso Sterandryl

Androgénico Perlingual

★

Grupo Roussel, S. A.

VARSOVIA No. 19.

MEXICO, D. F.

Reg. No. 19205 y 31038 S. S. A:

"Literatura exclusiva para médicos".

Prop. No. A-Ff-221/50.

CONDICION INDISPENSABLE....



Los dientes limpios, sanos y hermosos necesitan de encías firmes. Fortalezca las suyas dando masaje diariamente con Forhan's para las encías, el único dentífrico que contiene en su fórmula el astringente del Dr. R.J. Forhan. Si contrae la piorrea, consulte a su dentista inmediatamente.

CATEDRATICOS FORHAN'S PREGUNTAN:

¿Cómo mejorar el régimen alimenticio del Pueblo Mexicano?

Envíe su contestación a GOTHAM DE MEXICO, S.A. Bolívar 8, México, D.F.

Escuche todos los lunes "OPERETAS Y ZARZUELAS FORHAN'S"

Por E. X. Q. y Cadena Azul a las 8.15 de la noche.

Forhan's

PARA LAS ENCIAS



BOGOSERUM "MYN"

Suero Anti-Reticular Citotoxico de Bogomoletz.

ESTIMULANTE DEL SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL

Se presenta en frasco-ampula de 1 cm.³

Un segundo frasco-ampula contiene 9 cm.³ de solución acuosa de cloruro de sodio al 8.5 g. por 1,000 cm.³

Al iniciarse su aplicación se aspira el Suero en una jeringa y se inyecta en el frasco-ampula que contiene la solución salina, a través del tapon de goma, tomando las necesarias precauciones de asepsia. Así se obtiene una dilución al 1 por 10, por lo que cada cm.³ contiene 0.10 cm.³ de Suero.

En esta forma se facilita al médico la dosificación sin necesidad de jeringa especial. Cualquier error en más o menos, es un error que se reduce al décimo.

EL BOGOSERUM así diluido conserva íntegra su potencia por más de un mes si se toma la precaución de conservarlo constantemente entre 0° y 10° c.

Dosis, ritmo y vía de aplicación.

Una vez efectuada la dilución se procede a la aplicación del BOGOSERUM de preferencia por vía subcutánea a la dosis que el médico determine. Sin embargo, nos permitimos recomendar el siguiente esquema de tratamiento de dosis iniciales progresivas:

Inyección	Suero Diluido	Suero Puro
I	0.50 cm. ³ , que corresponde	a 0.05 cm. ³ .
II	0.50 " "	" 0.05 "
III	0.70 " "	" 0.07 "
IV	0.80 " "	" 0.08 "
V	1.00 " "	" 0.10 "

Las dosis subsiguientes serán de 1 cm.³ de la dilución.

Se recomienda aplicar las inyecciones con intervalo mínimo de 72 horas.

Reg. No. 32248 S. S. A. Prop. No. H-1

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO
1950-1952

Presidente:
DR. LUIS CARRILLO
AZCARATE.

Vice-Presidente:
DR. RAUL ARTURO
CHAVIRA

Secretario Perpetuo:
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de
Publicaciones:
DR. MIGUEL LOPEZ
ESNAURRIZAR

Secretario Bialal:
DR. JOSE GARCIA
NORIEGA.

Tesorero:
DR. DONATO RAMIREZ.

VOCALÉS:

- 1er. Vocal.
Dr. José Rábago.
- 2o. Vocal.
Dr. Miguel Lavalle.
- 3er. Vocal.
Dr. Bernardo J. Gastelum.
- 4o. Vocal.
Dr. Enrique Peña y de la Peña
- 5o. Vocal.
Dr. Adán Velarde

HEMORROIDES ALLERGANTYL SUPOSITORIOS

FORMULA:

Extracto seco de Nogal 1:4	0.20 g.
Alantoína	0.20 g.
Vitamina "C" 1.000 U.I.	0.05 g.
Excipiente graso (manteca de cacao) c.b.p.	3.8 g.

Registro Núm. 32726 S. S. A.
Prop. Núm. A-318/50

Literatura exclusiva para médicos.

**Laboratorios J. C. Thomé,
S. A.**

Apartado No. 1398

MEXICO, D. F.

CONDICION INDISPENSABLE....



Los dientes limpios, sanos y hermosos necesitan de encías firmes. Fortalezca las suyas dando masaje diariamente con Forhan's para las encías, el único dentífrico que contiene en su fórmula el astringente del Dr. R.J. Forhan. Si contrae la piorrea, consulte a su dentista inmediatamente.

CATEDRATICOS FORHAN'S PREGUNTAN:

¿Cómo mejorar el régimen alimenticio del Pueblo Mexicano?

Envíe su contestación a GOTHAM DE MEXICO, S.A. Bolívar 8, México, D.F.

Escuche todos los lunes "OPERETAS Y ZARZUELAS FORHAN'S"

Por E. X. Q. y Cadena Azul a las 8.15 de la noche.

Forhan's

PARA LAS ENCIAS



BOGOSERUM "MYN"

Suero Anti-Reticular Citotoxico de Bogomoletz.

ESTIMULANTE DEL SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL

Se presenta en frasco-ampula de 1 cm.³

Un segundo frasco-ampula contiene 9 cm.³ de solución acuosa de cloruro de sodio al 8.5 g. por 1,000 cm.³

Al iniciarse su aplicación se aspira el Suero en una jeringa y se inyecta en el frasco-ampula que contiene la solución salina, a través del tapon de goma, tomando las necesarias precauciones de asepsia. Así se obtiene una dilución al 1 por 10, por lo que cada cm.³ contiene 0.10 cm.³ de Suero.

En esta forma se facilita al médico la dosificación sin necesidad de jeringa especial. Cualquier error en más o menos, es un error que se reduce al décimo.

EL BOGOSERUM así diluido conserva íntegra su potencia por más de un mes si se toma la precaución de conservarlo constantemente entre 0° y 10° c.

Dosis, ritmo y vía de aplicación.

Una vez efectuada la dilución se procede a la aplicación del BOGOSERUM de preferencia por vía subcutánea a la dosis que el médico determine. Sin embargo, nos permitimos recomendar el siguiente esquema de tratamiento de dosis iniciales progresivas:

Inyección	Suero Diluido	Suero Puro
I	0.50 cm. ³ , que corresponde	a 0.05 cm. ³ .
II	0.50 "	" 0.05 "
III	0.70 "	" 0.07 "
IV	0.80 "	" 0.08 "
V	1.00 "	" 0.10 "

Las dosis subsiguientes serán de 1 cm.³ de la dilución.

Se recomienda aplicar las inyecciones con intervalo mínimo de 72 horas.

Reg. No. 32248 S. S. A. Prop. No. H-1

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO
1950-1952

Presidente:
DR. LUIS CARRILLO
AZCARATE.

Vice-Presidente:
DR. RAUL ARTURO
CHAVIRA

Secretario Perpetuo:
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de
Publicaciones:
DR. MIGUEL LOPEZ
ESNAURRIZAR

Secretario Bialal:
DR. JOSE GARCIA
NORIEGA.

Tesorero:
DR. DONATO RAMIREZ.

VOCALÉS:

- 1er. Vocal.
Dr. José Rábago.
- 2o. Vocal.
Dr. Miguel Lavalle.
- 3er. Vocal.
Dr. Bernardo J. Gastelum.
- 4o. Vocal.
Dr. Enrique Peña y de la Peña
- 5o. Vocal.
Dr. Adán Velarde

HEMORROIDES ALLERGANTYL SUPOSITORIOS

FORMULA:

Extracto seco de Nogal 1:4	0.20 g.
Alantoína	0.20 g.
Vitamina "C" 1.000 U.I.	0.05 g.
Excipiente graso (manteca de cacao) c.b.p.	3.8 g.

Registro Núm. 32726 S. S. A.
Prop. Núm. A-318/50

Literatura exclusiva para médicos.

Laboratorios J. C. Thomé,
S. A.

Apartado No. 1398

MEXICO, D. F.



Fundado en 1775

Cuanto necesite para su Consultorio

OPORTUNIDADES

Aparato Rayos X "KELEKEY KOETT"	\$15,000.00
Aparato de Diatermia de onda corta	1,000.00
Lámpara rayos solares con estuche	375.00
Juego consultorio 6 piezas	700.00



UN COMPLETO SURTIDO EN BAUMANOMETROS,
ESTETOSCOPIOS, PINZAS DE CIRUGIA, ETC., ETC.
A LOS PRECIOS MAS BAJOS DE MEXICO,
COMO SIEMPRE EN EL

Nacional Monte de Piedad

"Tradición y Confianza"



ANTIBIOSIS

MAXIMA

en la boca y la garganta

En las pastillas TYROZETS se han combinado las notables
propiedades antibióticas y microbicidas de la tirotricina,
con la conocida acción analgésica de la benzocaína.

Resultado: una fórmula terapéutica ideal en forma de pastillas
de sabor muy agradable y de gran eficacia medicamentosa.

TYROZETS ataca los gérmenes patógenos en la cavidad bucal
y combate la formación de focos infecciosos.

TYROZETS calma rápidamente la irritación y el dolor de garganta.

Rp. TYROZETS para la asepsia bucal y faríngea, procesos
anginosos, en las post-tonsilectomías, etc.

TYROZETS

Reg. N° 32607 S. S. A. Prop. N° H-1.



Philadelphia 1, Pa., U.S.A.

EN TUBOS DE 12 PASTILLAS



Fundado en 1775

Cuanto necesite para su Consultorio

OPORTUNIDADES

Aparato Rayos X "KELEKEY KOETT"	\$15,000.00
Aparato de Diatermia de onda corta	1,000.00
Lámpara rayos solares con estuche	375.00
Juego consultorio 6 piezas	700.00



UN COMPLETO SURTIDO EN BAUMANOMETROS,
ESTETOSCOPIOS, PINZAS DE CIRUGIA, ETC., ETC.
A LOS PRECIOS MAS BAJOS DE MEXICO,
COMO SIEMPRE EN EL

Nacional Monte de Piedad

"Tradición y Confianza"



ANTIBIOSIS

MAXIMA

en la boca y la garganta

En las pastillas TYROZETS se han combinado las notables
propiedades antibióticas y microbicidas de la tirotricina,
con la conocida acción analgésica de la benzocaína.

Resultado: una fórmula terapéutica ideal en forma de pastillas
de sabor muy agradable y de gran eficacia medicamentosa.

TYROZETS ataca los gérmenes patógenos en la cavidad bucal
y combate la formación de focos infecciosos.

TYROZETS calma rápidamente la irritación y el dolor de garganta.

Rp. TYROZETS para la asepsia bucal y faríngea, procesos
anginosos, en las post-tonsilectomías, etc.

TYROZETS

Reg. N° 32607 S. S. A. Prop. N° H-1.



Philadelphia 1, Pa., U.S.A.

EN TUBOS DE 12 PASTILLAS

SALITROPINE

Ampolletas.

Fórmula:

Salicilato de Sodio químicamente puro. . .	0.50 g.
Hexametenotetramina.	0.50 "
Dextrosa.	0.25 "
Agua bidestilada c. b p.	5 cm ³ .

PRESENTACION: En cajas de 6 ampolletas de 5 cm³.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Antiséptico urinario.

INDICACIONES: Las derivadas de esta propiedad.

DOSIS: Una o dos ampolletas al día.

VIA DE ADMINISTRACION: Inyección intravenosa muy lenta o intramuscular profunda.

Reg. No. 12213 S. S. A:

"Este medicamento es de empleo delicado".

A. RUEFF & CIA.

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

GLOBEOL LIQUIDO

JARABE

Fórmula:

Solución de Cloruro de Hierro al 20%.	0.5448 g.
Solución de Sosa al 27%.	0.4889 "
Solución de Cloruro de Manganeso al 50%.	0.5867 "
Alcohol de 90°.	4.00 "
Esencia de Naranjas.	0.03 "
Jarabe.	48.00 "
Glicerina.	19.00 "
Tintura al 1/30 del principio activo de la Paullinia Sorbilis.	3.00 "
Residuo globular total de la sangre (centrifugada con suero fisiológico)	24.3496 "

PRESENTACION: En frascos de 225 cm³.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Reconstituyente ferroso.

INDICACIONES: Activa la producción de glóbulos rojos, útil en anemias, cierrtas convalecencias, en el crecimiento; linfatismo; etc.

DOSIS: Adultos: una cucharada sopera antes o después de cada ua de las tres principales comidas.

Niños: de 5 a 10 años tres cucharaditas al día.

VIA DE ADMINISTRACION: Oral.

Reg. 3053 S. S. A.

"Usese por prescripción Médica"

LUCERNA 7.

A. RUEFF & CIA.

MEXICO, D. F.

Insuficiencia biliar

Las molestias o peligros causadas por la insuficiencia biliar ya sea de origen hepático o vesicular, disminuyen considerablemente con el empleo de sales biliares tal como se combinan en

VERACOLATE

REG. 17405 S.S.A.

PROP. B-1

Hemorroides

Sin necesidad de recurrir a analgésicos, estípticos o anestésicos, Anusol (Supositorios y Ungüento) disminuye la inflamación anorrectal y proporciona alivio, sin disimular solamente los síntomas.

ANUSOL

REG. 5141 S.S.A.

PROP. B-1

En la úlcera

representa una mejora radical en la terapéutica por alúmina, pues evita que aparezca el estreñimiento concomitante.

GELUSIL

REGISTROS 26774 Y 26511 S.S.A.

PROP. P.F.-30

Con gusto se enviarán muestras de
estos preparados para ensayos clínicos
a los médicos que los soliciten

CIA. MEDICINAL "LA CAMPANA", S. A.

APARTADO 424

MEXICO, D. F.

SALITROPINE

Ampolletas.

Fórmula:

Salicilato de Sodio químicamente puro. . .	0.50 g.
Hexametenotetramina.	0.50 "
Dextrosa.	0.25 "
Agua bidestilada c. b p.	5 cm ³ .

PRESENTACION: En cajas de 6 ampolletas de 5 cm³.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Antiséptico urinario.

INDICACIONES: Las derivadas de esta propiedad.

DOSIS: Una o dos ampolletas al día.

VIA DE ADMINISTRACION: Inyección intravenosa muy lenta o intramuscular profunda.

Reg. No. 12213 S. S. A:

"Este medicamento es de empleo delicado".

A. RUEFF & CIA.

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

GLOBEOL LIQUIDO

JARABE

Fórmula:

Solución de Cloruro de Hierro al 20%.	0.5448 g.
Solución de Sosa al 27%.	0.4889 "
Solución de Cloruro de Manganeso al 50%.	0.5867 "
Alcohol de 90°.	4.00 "
Esencia de Naranjas.	0.03 "
Jarabe.	48.00 "
Glicerina.	19.00 "
Tintura al 1/30 del principio activo de la Paullinia Sorbilis.	3.00 "
Residuo globular total de la sangre (centrifugada con suero fisiológico)	24.3496 "

PRESENTACION: En frascos de 225 cm³.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Reconstituyente ferroso.

INDICACIONES: Activa la producción de glóbulos rojos, útil en anemias, cierrtas convalecencias, en el crecimiento; linfatismo; etc.

DOSIS: Adultos: una cucharada sopera antes o después de cada ua de las tres principales comidas.

Niños: de 5 a 10 años tres cucharaditas al día.

VIA DE ADMINISTRACION: Oral.

Reg. 3053 S. S. A.

"Usese por prescripción Médica"

LUCERNA 7.

A. RUEFF & CIA.

MEXICO, D. F.

Insuficiencia biliar

Las molestias o peligros causadas por la insuficiencia biliar ya sea de origen hepático o vesicular, disminuyen considerablemente con el empleo de sales biliares tal como se combinan en

VERACOLATE

REG. 17405 S.S.A.

PROP. B-1

Hemorroides

Sin necesidad de recurrir a analgésicos, estípticos o anestésicos, Anusol (Supositorios y Ungüento) disminuye la inflamación anorrectal y proporciona alivio, sin disimular solamente los síntomas.

ANUSOL

REG. 5141 S.S.A.

PROP. B-1

En la úlcera

representa una mejora radical en la terapéutica por alúmina, pues evita que aparezca el estreñimiento concomitante.

GELUSIL

REGISTROS 26774 Y 26511 S.S.A.

PROP. P.F.-30

Con gusto se enviarán muestras de
estos preparados para ensayos clínicos
a los médicos que los soliciten

CIA. MEDICINAL "LA CAMPANA", S. A.

APARTADO 424

MEXICO, D. F.

NUEVA PRESENTACION DE AUREOMICINA

Durante los dos últimos años hemos consagrado los esfuerzos más grandes a la purificación de la Aureomicina y ahora nos enorgullece presentar un preparado exento de sustancias extrañas que representa la pureza en su grado más alto: el "Clorhidrato de Aureomicina Cristalina para uso endovenoso".

INDICACIONES:

* Abscesos cerebrales * Amibiasis en todas sus formas y localizaciones * Brucelosis aguda y crónica
* Colibacilosis * Endocarditis bacteriana * Fiebre tifoidea y paratifoidea * Epatitis, Colecistitis y Angiolitis * Infecciones agudas y crónicas de las vías urinarias * Infecciones oculares * Laringo-tráqueo-bronquitis aguda. * Meningo-encefalitis * Mononucleosis infecciosa * Peritonitis * Procesos broncopulmonares no tuberculosos * Septicemia * Sífilis en cualquier período * Tifo * Y en todos aquellos casos susceptibles a la Aureomicina y en los cuales no pueda ser administrada la droga por vía oral: vómitos, trismus, disfagia, succión gástrica, estenosis pilórica, diarrea, abundante, etc., o cuando se desee reforzar la acción de la Aureomicina oral.

PRESENTACION: Frasco-ampula de 100 mg., de Clorhidrato de Aureomicina Cristalina, para ser diluido en 10 c.c., de agua destilada, solución salina fisiológica o solución glucosada al 5%.

VIA DE ADMINISTRACION: Exclusivamente endovenosa.

OTRAS PRESENTACIONES:

Cápsulas de 50 y 250 mg.
Reg. No. 33913 S. S. A.
Trociscos de 15 mg.
Reg. No. 35782 S. S. A.
Ungüento Dermoico.-Tubo de 28.4 g.
Reg. No. 35807 S. S. A.
Solución Oftálmica Feo. gotero con 25 mg.
Reg. No. 34085 S. S. A.

Lederle

FABRICADO POR:

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
American Cyanamid Company
New York, N. Y.,

REPRESENTANTES:

LABORATORIOS LEDERLE, S. A.
José María Rico No. 418 México 12, D. F.
Reg. No. 36010 S. S. A.

S U M A R I O

Pág.

COLANGIOGRAFIA DE MIRIZZI Y MANOMETRIA DE MALLET GUY. Por el Académico Prof. Dr. José Castro Villagrana	375
ENDOTELIOMAS DE LA PLEURA.—Por el Académico Dr. Roberto Mendiola	398
EDITORIALES. — LA CIRUGIA FRANCESA Y LA MEXICANA. — LA CIRUGIA PLASTICA EN LA ACADEMIA.—Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar	411
NOTICIAS.	415
REVISTA DE PRENSA	420

Director,

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR

Gerente:
M. LEON DIAZJefe de Redacción,
DR. JOSE RABAGO

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.
Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701, México, D. F.

Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar	Abono anual	Núms. atrasados
En México	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugía de todo el mundo.

Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los
respectivos autores.

NUEVA PRESENTACION DE AUREOMICINA

Durante los dos últimos años hemos consagrado los esfuerzos más grandes a la purificación de la Aureomicina y ahora nos enorgullece presentar un preparado exento de sustancias extrañas que representa la pureza en su grado más alto: el "Clorhidrato de Aureomicina Cristalina para uso endovenoso".

INDICACIONES:

* Abscesos cerebrales * Amibiasis en todas sus formas y localizaciones * Brucelosis aguda y crónica
* Colibacilosis * Endocarditis bacteriana * Fiebre tifoidea y paratifoidea * Epatitis, Colecistitis y Angiolititis * Infecciones agudas y crónicas de las vías urinarias * Infecciones oculares * Laringo-tráqueo-bronquitis aguda. * Meningo-encefalitis * Mononucleosis infecciosa * Peritonitis * Procesos broncopulmonares no tuberculosos * Septicemia * Sífilis en cualquier período * Tifo * Y en todos aquellos casos susceptibles a la Aureomicina y en los cuales no pueda ser administrada la droga por vía oral: vómitos, trismus, disfagia, succión gástrica, estenosis pilórica, diarrea, abundante, etc., o cuando se desee reforzar la acción de la Aureomicina oral.

PRESENTACION: Frasco-ampula de 100 mg., de Clorhidrato de Aureomicina Cristalina, para ser diluido en 10 c.c., de agua destilada, solución salina fisiológica o solución glucosada al 5%.

VIA DE ADMINISTRACION: Exclusivamente endovenosa.

OTRAS PRESENTACIONES:

Cápsulas de 50 y 250 mg.
Reg. No. 33913 S. S. A.
Trociscos de 15 mg.
Reg. No. 35782 S. S. A.
Ungüento Dermoico.-Tubo de 28.4 g.
Reg. No. 35807 S. S. A.
Solución Oftálmica Feo. gotero con 25 mg.
Reg. No. 34085 S. S. A.

Lederle

FABRICADO POR:

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
American Cyanamid Company
New York, N. Y.,

REPRESENTANTES:

LABORATORIOS LEDERLE, S. A.
José María Rico No. 418 México 12, D. F.
Reg. No. 36010 S. S. A.

S U M A R I O

Pág.

COLANGIOGRAFIA DE MIRIZZI Y MANOMETRIA DE MALLET GUY. Por el Académico Prof. Dr. José Castro Villagrana	375
ENDOTELIOMAS DE LA PLEURA.—Por el Académico Dr. Roberto Mendiola	398
EDITORIALES. — LA CIRUGIA FRANCESA Y LA MEXICANA. — LA CIRUGIA PLASTICA EN LA ACADEMIA.—Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar	411
NOTICIAS.	415
REVISTA DE PRENSA	420

Director,

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR

Gerente:
M. LEON DIAZJefe de Redacción,
DR. JOSE RABAGO

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.
Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701, México, D. F.

Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar	Abono anual	Núms. atrasados
En México	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugía de todo el mundo.

Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los
respectivos autores.

'Multicebrin'

(Pan-Vitaminas, Lilly).

Para las

Deficiencias

Polivitamínicas

Las deficiencias vitamínicas que comúnmente se observan en la práctica clínica son múltiples. Aunque las deficiencias monovitamínicas pueden ser claras, generalmente se hallan asociadas con deficiencias tisulares de otras vitaminas y agentes nutritivos que no son igualmente evidentes.

El 'Multicebrin' es una preparación especialmente útil cuando el paciente no puede ingerir una dieta adecuada o en los casos en que no se puede ejercer vigilancia dietética razonable.

*Eli Lilly Pan-American Corporation,
Indianapolis 6, Indiana, E. U. A.*



Cirugía y Cirujanos

Organó Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVIII

SEPTIEMBRE 1950.

NUM. 9.

Colangiografía de Mirizzi y Manometría de Mallet Guy

*Por el Académico Dr. José Castro Villagrana.**

(Lectura ante la Asociación Médica de Matamoros, Tamps.,
el 5 de julio de 1950).

I. El problema de la cirugía de las vías biliares.

Siguen ocupando diariamente la atención del clínico y del cirujano los padecimientos de las vías biliares y a pesar del crédito que en ocasiones no fué muy favorable al criterio operatorio definido, aún en la litiasis, constituye el conocimiento anatómico y fisiológico así como la patología de las mismas, uno de los capítulos más importantes de la clínica, en el que afortunadamente el esfuerzo de los cirujanos estudiosos, perseverantes y asiduos, ha servido para dilucidar aspectos que se han convertido en reglas de conducta, que no obstante no se lleva a cabo consuetudinariamente, seguramente porque vencer pequeños escollos necesarios para destruir rutinas ha sido en todos los tiempos mediante realizaciones aisladas y muy lentamente.

Por eso hoy examinando los recursos de que dispone la clínica, necesitamos enfatizar que no es suficiente llegar a la misma laparatomía para que las manos del cirujano puedan por sí solas encontrar todo y há-

* Las ilustraciones de este trabajo han sido hechas por el Dr. Carlos Dublán.

'Multicebrin'

(Pan-Vitaminas, Lilly).

Para las

Deficiencias

Polivitamínicas

Las deficiencias vitamínicas que comúnmente se observan en la práctica clínica son múltiples. Aunque las deficiencias monovitamínicas pueden ser claras, generalmente se hallan asociadas con deficiencias tisulares de otras vitaminas y agentes nutritivos que no son igualmenet evidentes.

El 'Multicebrin' es una preparación especialmente útil cuando el paciente no puede ingerir una dieta adecuada o en los casos en que no se puede ejercer vigilancia dietética razonable.

*Eli Lilly Pan-American Corporation,
Indianapolis 6, Indiana, E. U. A.*



Cirugía y Cirujanos

Organó Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVIII

SEPTIEMBRE 1950.

NUM. 9.

Colangiografía de Mirizzi y Manometría de Mallet Guy

*Por el Académico Dr. José Castro Villagrana.**

(Lectura ante la Asociación Médica de Matamoros, Tamps.,
el 5 de julio de 1950).

I. El problema de la cirugía de las vías biliares.

Siguen ocupando diariamente la atención del clínico y del cirujano los padecimientos de las vías biliares y a pesar del crédito que en ocasiones no fué muy favorable al criterio operatorio definido, aún en la litiasis, constituye el conocimiento anatómico y fisiológico así como la patología de las mismas, uno de los capítulos más importantes de la clínica, en el que afortunadamente el esfuerzo de los cirujanos estudiosos, perseverantes y asiduos, ha servido para dilucidar aspectos que se han convertido en reglas de conducta, que no obstante no se lleva a cabo consuetudinariamente, seguramente porque vencer pequeños escollos necesarios para destruir rutinas ha sido en todos los tiempos mediante realizaciones aisladas y muy lentamente.

Por eso hoy examinando los recursos de que dispone la clínica, necesitamos enfatizar que no es suficiente llegar a la misma laparatomía para que las manos del cirujano puedan por sí solas encontrar todo y há-

* Las ilustraciones de este trabajo han sido hechas por el Dr. Carlos Dublán.

bilmente resolverlo cuando se busca en la encrucijada hepática y tenemos en nuestros dedos la vesícula biliar que otrora fuera tomada erróneamente como el punto capital de la clínica y de la cirugía y trató de que esta se replegara, obstinándose a disminuir las indicaciones de una intervención sólo a casos que se consideraron de urgencia. La razón aparente de esta determinación ha sido la repetición de cuadros clínicos semejantes a los que llevaron a una intervención operatoria, lo que hacía creer que una operación bien conducida y con una evolución correcta era insuficiente o incapaz de curar.

Estadísticas diversas siguen refiriendo que en épocas anteriores, cuando menos una tercera parte de operados, un 30%, volvían a padecer cólicos, ictericia, aún fiebre; en fin: fenómenos obstructivos serios; lo que significaba que en tales casos el problema no fué solo de vesícula, o bien que la operación tuvo errores de técnica que debieron prevenirse y evitarse.

Los problemas de padecimientos de las vías biliares quedó enfocado en la siguiente forma: un buen número de pacientes tienen radicado su padecimiento solo o principalmente en la vesícula biliar; pero muchos otros tienen padecimientos que son de orden funcional o que se revelan así, o corresponden a alteraciones anatómicas intra o extra canaliculares que interesa precisar antes o aún durante el acto operatorio y, en consecuencia poder resolverlos en su integridad de lo contrario señalar el alcance los recursos terapéuticos y por ende establecer un pronóstico.

II. Recuerdos anatómicos y de función.

El árbol hepático, pensando en los canaliculos intrahepáticos y en canal hepático; el colecisto que dicen los sudamericanos, o sea la vesícula misma y el canal principal o sea el colédoco, hacen por su constitución intrínseca y por la cercanía inmediata de los órganos vecinos las variantes que pueden formar grados desde las solas alteraciones de ritmo funcional hasta lesiones anatómicas profundas. Las funciones perturbadas del hígado también alteran la función biliar, la anatomía modificada de los principales órganos del aparato digestivo: estómago, duodeno, intestino y colon, también obran repercusiones sobre los canales y la vesícula.

Por ello en todos los casos, el clínico necesita al estudiar cada paciente tener como pauta el recuerdo de las disposiciones normales que presiden su función: 1o. Mirizzi insiste en la trama muscular que está formada en la porción final digamos, del canal hepático, antes de la desembocadura del cístico en el colédoco; trama que forma un verdadero esfínter, que al efectuarse el llenado de la vesícula o su vaciamiento, impide el reflujo biliar hacia arriba; que naturalmente su contracción o abertura no son para-



Fig. 1.—Tomada de Mirizzi para recordar en el esfínter de Oddi anillos musculares sujetos a acción vagotropa (v) y simpaticotropa (s).

bilmente resolverlo cuando se busca en la encrucijada hepática y tenemos en nuestros dedos la vesícula biliar que otrora fuera tomada erróneamente como el punto capital de la clínica y de la cirugía y trató de que esta se replegara, obstinándose a disminuir las indicaciones de una intervención sólo a casos que se consideraron de urgencia. La razón aparente de esta determinación ha sido la repetición de cuadros clínicos semejantes a los que llevaron a una intervención operatoria, lo que hacía creer que una operación bien conducida y con una evolución correcta era insuficiente o incapaz de curar.

Estadísticas diversas siguen refiriendo que en épocas anteriores, cuando menos una tercera parte de operados, un 30%, volvían a padecer cólicos, ictericia, aún fiebre; en fin: fenómenos obstructivos serios; lo que significaba que en tales casos el problema no fué solo de vesícula, o bien que la operación tuvo errores de técnica que debieron prevenirse y evitarse.

Los problemas de padecimientos de las vías biliares quedó enfocado en la siguiente forma: un buen número de pacientes tienen radicado su padecimiento solo o principalmente en la vesícula biliar; pero muchos otros tienen padecimientos que son de orden funcional o que se revelan así, o corresponden a alteraciones anatómicas intra o extra canaliculares que interesa precisar antes o aún durante el acto operatorio y, en consecuencia poder resolverlos en su integridad de lo contrario señalar el alcance los recursos terapéuticos y por ende establecer un pronóstico.

II. Recuerdos anatómicos y de función.

El árbol hepático, pensando en los canaliculos intrahepáticos y en canal hepático; el colecisto que dicen los sudamericanos, o sea la vesícula misma y el canal principal o sea el colédoco, hacen por su constitución intrínseca y por la cercanía inmediata de los órganos vecinos las variantes que pueden formar grados desde las solas alteraciones de ritmo funcional hasta lesiones anatómicas profundas. Las funciones perturbadas del hígado también alteran la función biliar, la anatomía modificada de los principales órganos del aparato digestivo: estómago, duodeno, intestino y colon, también obran repercusiones sobre los canales y la vesícula.

Por ello en todos los casos, el clínico necesita al estudiar cada paciente tener como pauta el recuerdo de las disposiciones normales que presiden su función: 1o. Mirizzi insiste en la trama muscular que está formada en la porción final digamos, del canal hepático, antes de la desembocadura del cístico en el colédoco; trama que forma un verdadero esfínter, que al efectuarse el llenado de la vesícula o su vaciamiento, impide el reflujo biliar hacia arriba; que naturalmente su contracción o abertura no son para-



Fig. 1.—Tomada de Mirizzi para recordar en el esfínter de Oddi anillos musculares sujetos a acción vagotropa (v) y simpaticotropa (s).

lelas a las del esfínter de Oddi, por lo tanto el canal principal puede cumplir alterna o independientemente sus importantísimas funciones; 2o. también el cístico tiene esfínter muscular que contraído mantiene la repleción de la vesícula y que al aflojarse permite la salida de la bilis o su refluo desde el colédoco; 3o. el más importante de esos anillos o tramas musculares en todo el sistema, es el de las porciones que aquel autor distingue como antral y distal: es el esfínter de Oddi, cuya musculatura alta sería gobernada en forma de acciones vagotropas y en su musculatura más hacia abajo, la distal, correspondería a acciones simpaticotropas; 4o. inervación por lo tanto, en el sistema vesículo coledociano distinta y antagónica en porciones alta y baja. (Fig. 1).

Entre los recuerdos anatómicos, interesan sobre manera las dispo-



Fig. 2.—En ocasiones desembocan juntos colédocos y canal de Wirsung en el ámpula de Vater (a), otras caminan paralelas hasta llegar al duodeno (b) y en algunos el Wirsung llega previamente al duodeno.

siciones extrínsecas del canal principal y de ellas las de su desembocadura en el duodeno a través de la ámpula o papila de Vater; la cercanía del canal de Wirsung y también su manera de llegar al duodeno y en fin la presencia adyacente del páncreas mismo. Vale recordar que las porciones últimas del colédoco y del Wirsung pueden quedar incluidas en forma paralela dentro del ámpula, pueden a su vez continuar a través de ella y desembocar libremente una y otra en el duodeno, más todavía, estar retiradas una de otra por tejidos que las alejan pudiéramos decir; pero también en algunos casos, se podría encontrar el canal de Wirsung, desembocando en el colédoco, arriba, antes, más bien dicho, de encontrar el ámpula de Vater. (Fig. 2).

El funcionalismo normal que no debemos olvidar, es concomitante de tales hechos anatómicos enumerados conviniendo repetir cómo un sistema del árbol biliar intrahepático y extra-hepático, hace su contractilidad o relajamiento independiente de la función del sistema vesiculocolodociano, que garantiza llenado y vaciamiento de la vesícula. (Fig. 3). Que para precisar los detalles de función han servido las comprobaciones y deducciones de la clínica, los métodos de exploración más perfeccionados y minuciosos y aún la experimentación que aclara la acción farmacológica de diversas sustancias. En la clínica por ejemplo se ha comprobado que la extirpación de la vesícula sana, mantiene un tiempo inde-



Fig. 3.—Sirve la flecha para indicar la repleción de la vesícula y cómo al efectuarse, el canal hepático permanece cerrado, lo mismo que el esfínter de Oddi durante la peristalsis del colédoco.

lelas a las del esfínter de Oddi, por lo tanto el canal principal puede cumplir alterna o independientemente sus importantísimas funciones; 2o. también el cístico tiene esfínter muscular que contraído mantiene la repleción de la vesícula y que al aflojarse permite la salida de la bilis o su refluo desde el colédoco; 3o. el más importante de esos anillos o tramas musculares en todo el sistema, es el de las porciones que aquel autor distingue como antral y distal: es el esfínter de Oddi, cuya musculatura alta sería gobernada en forma de acciones vagotropas y en su musculatura más hacia abajo, la distal, correspondería a acciones simpaticotropas; 4o. inervación por lo tanto, en el sistema vesículo coledociano distinta y antagónica en porciones alta y baja. (Fig. 1).

Entre los recuerdos anatómicos, interesan sobre manera las dispo-



Fig. 2.—En ocasiones desembocan juntos colédocos y canal de Wirsung en el ámpula de Vater (a), otras caminan paralelas hasta llegar al duodeno (b) y en algunos el Wirsung llega previamente al duodeno.

siciones extrínsecas del canal principal y de ellas las de su desembocadura en el duodeno a través de la ámpula o papila de Vater; la cercanía del canal de Wirsung y también su manera de llegar al duodeno y en fin la presencia adyacente del páncreas mismo. Vale recordar que las porciones últimas del colédoco y del Wirsung pueden quedar incluidas en forma paralela dentro del ámpula, pueden a su vez continuar a través de ella y desembocar libremente una y otra en el duodeno, más todavía, estar retiradas una de otra por tejidos que las alejan pudiéramos decir: pero también en algunos casos, se podría encontrar el canal de Wirsung, desembocando en el colédoco, arriba, antes, más bien dicho, de encontrar el ámpula de Vater. (Fig. 2).

El funcionalismo normal que no debemos olvidar, es concomitante de tales hechos anatómicos enumerados conviniendo repetir cómo un sistema del árbol biliar intrahepático y extra-hepático, hace su contractilidad o relajamiento independiente de la función del sistema vesículo-coleodociano, que garantiza llenado y vaciamiento de la vesícula. (Fig. 3). Que para precisar los detalles de función han servido las comprobaciones y deducciones de la clínica, los métodos de exploración más perfeccionados y minuciosos y aún la experimentación que aclara la acción farmacológica de diversas sustancias. En la clínica por ejemplo se ha comprobado que la extirpación de la vesícula sana, mantiene un tiempo inde-



Fig. 3.—Sirve la flecha para indicar la repleción de la vesícula y cómo al efectuarse, el canal hepático permanece cerrado, lo mismo que el esfínter de Oddi durante la peristalsis del colédoco.

terminado la relajación del esfínter de Oddi; que toda irritación del vago o la administración parenteral de sustancias como la morfina y la pilocarpina aumentan la tonicidad del esfínter de Oddi en su porción antral; que albúminas extrañas y el choque alérgico inhiben el mecanismo del esfínter distal dejando libre el del esfínter antral, que actuando aislado da la impresión de tonicidad aumentada y realiza ausencia de excreción biliar hacia el duodeno. Las sales biliares, la atropina, la papaverina, el sulfato de sodio, el sulfato de magnesio, la prostigmina, por su acción simpaticotropa o simpaticomimética estimulan el escurrimiento de bilis al duodeno. En fin, hepático y vesículo-coledociano constituyen los dos sistemas fisiológicos de función no simultánea ni paralela, pero sí precisamente coordinada.

III. Alteraciones solo de funcionalismo y alteraciones correlativas de lesiones anatómicas.

No es el propósito ahora repasar la patología de las vías biliares, pero con los recuerdos anatómicos ineludibles, ya señalados, podemos valorizar los términos de disquinesia, distonía, odditis estenosante, coledocitis, colecistopatías, litiasis y pancreatitis. Los dos primeros términos



Figs. 4 y 5.—Estos esquemas de radiografías de Mirizzi corresponden: izq. a disquinesia, el lipiodol inyectado en la vesícula deja ver ésta y el colédoco dilatado ligeramente observándose sustancia en el duodeno. A la derecha odditis estenosante, colédoco en "punta de lápiz" y sustancia opaca en el duodeno.

que Mirizzi define en su alcance, corresponden solo a perturbaciones fisiológicas sin materia, los incluye en el término genérico de las odditis, los equipara a los casos de funciones perturbadas como sucede cuando se dice, en relación con la tiroides que hay distiroidismo. En cambio, cuando persiste una alteración precisa y aún progresiva, si es en la tiroides, llega a caracterizarse como hipertiroidismo: así en el asunto que nos ocupa, se revelaría un acrecentamiento o hiperfunción, correlativa de una odditis por estenosis; lo que lleva a distinguir odditis, que son propiamente distonías y odditis que son estenosantes; es decir, las que pueden corresponder a un estado inflamatorio de coledocitis o las que corresponden a un estado de hipertrofia y que en su evolución podrán manifestarse como odditis regresiva u odditis progresiva. Estas se expresan en distinta forma de excreción o reflujo biliar que pueden tener manifestaciones según la conformación por cercanía del canal de Wirsung o del páncreas mismo. Y excreción o reflujo toman fisonomía especial, según el estorbo que concreciones, concomitantes puedan determinar: colédocolitiasis, litiasis del colecisto, litiasis del hepático y padecimientos en el páncreas, ya sean inflamatorios recientes o crónicos, o aún tumorales. (Figs. 4, 5, 6, 7 y 8).

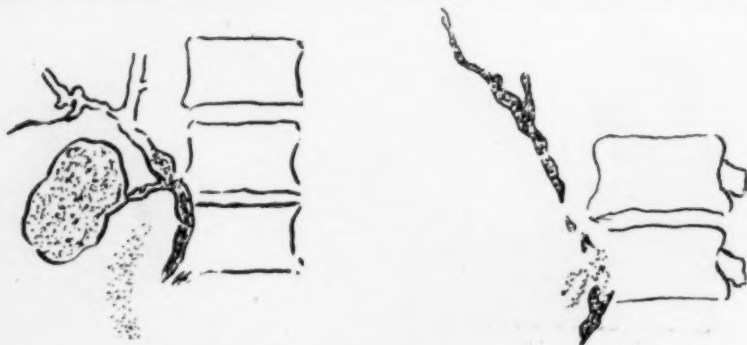
IV. Obligaciones en la exploración de padecimientos de las vías biliares,

Ni que insistir en la anamnesis e investigaciones clínicas que nos sirvan clásicamente para despistar un padecimiento de las vías biliares; dentro de tal pensamiento se incluyen todos los datos que pueda proporcionar el laboratorio y que en algunos casos informan solo de insuficiencia de funciones del hígado; que en otros, aclaran fenómenos obstructivos de los canales; que en ocasiones marcan grado mismo de la obstrucción, que a veces si se trata de infección pudieran hasta discriminar gérmenes causantes o asociados. Cosa semejante puede decirse del estudio radiográfico; imágenes que señalen disquinesias y aún hagan diagnosticar hipertónicas o hipotónicas, ptosis vesiculares, peri colecistitis, litiasis aparentes o vesículas excluidas que en ninguna ocasión se impregnaron. Y bien, está justificado intervenir; un proceso infeccioso franco, proceso litiasico definido, una vesícula que puede afirmarse esclero retráctil o un

terminado la relajación del esfínter de Oddi; que toda irritación del vago o la administración parenteral de sustancias como la morfina y la pilocarpina aumentan la tonicidad del esfínter de Oddi en su porción antral; que albúminas extrañas y el choque alérgico inhiben el mecanismo del esfínter distal dejando libre el del esfínter antral, que actuando aislado da la impresión de tonicidad aumentada y realiza ausencia de excreción biliar hacia el duodeno. Las sales biliares, la atropina, la papaverina, el sulfato de sodio, el sulfato de magnesio, la prostigmina, por su acción simpaticotropa o simpaticomimética estimulan el escurrimiento de bilis al duodeno. En fin, hepático y vesículo-coledociano constituyen los dos sistemas fisiológicos de función no simultánea ni paralela, pero sí precisamente coordinada.

III. Alteraciones solo de funcionalismo y alteraciones correlativas de lesiones anatómicas.

No es el propósito ahora repasar la patología de las vías biliares, pero con los recuerdos anatómicos ineludibles, ya señalados, podemos valorizar los términos de disquinesia, distonía, odditis estenosante, coledocitis, colecistopatías, litiasis y pancreatitis. Los dos primeros términos



Figs. 4 y 5.—Estos esquemas de radiografías de Mirizzi corresponden: izq. a disquinesia, el lipiodol inyectado en la vesícula deja ver ésta y el colédoco dilatado ligeramente observándose sustancia en el duodeno. A la derecha odditis estenosante, colédoco en "punta de lápiz" y sustancia opaca en el duodeno.

que Mirizzi define en su alcance, corresponden solo a perturbaciones fisiológicas sin materia, los incluye en el término genérico de las odditis, los equipara a los casos de funciones perturbadas como sucede cuando se dice, en relación con la tiroides que hay distiroidismo. En cambio, cuando persiste una alteración precisa y aún progresiva, si es en la tiroides, llega a caracterizarse como hipertiroidismo: así en el asunto que nos ocupa, se revelaría un acrecentamiento o hiperfunción, correlativa de una odditis por estenosis; lo que lleva a distinguir odditis, que son propiamente distonias y odditis que son estenosantes; es decir, las que pueden corresponder a un estado inflamatorio de coledocitis o las que corresponden a un estado de hipertrofia y que en su evolución podrán manifestarse como odditis regresiva u odditis progresiva. Estas se expresan en distinta forma de excreción o reflujo biliar que pueden tener manifestaciones según la conformación por cercanía del canal de Wirsung o del páncreas mismo. Y excreción o reflujo toman fisonomía especial, según el estorbo que concreciones, concomitantes puedan determinar: colédocolitiasis, litiasis del colecisto, litiasis del hepático y padecimientos en el páncreas, ya sean inflamatorios recientes o crónicos, o aún tumorales. (Figs. 4, 5, 6, 7 y 8).

IV. Obligaciones en la exploración de padecimientos de las vías biliares,

Ni que insistir en la anamnesis e investigaciones clínicas que nos sirvan clásicamente para despistar un padecimiento de las vías biliares; dentro de tal pensamiento se incluyen todos los datos que pueda proporcionar el laboratorio y que en algunos casos informan solo de insuficiencia de funciones del hígado; que en otros, aclaran fenómenos obstructivos de los canales; que en ocasiones marcan grado mismo de la obstrucción, que a veces si se trata de infección pudieran hasta discriminar gérmenes causantes o asociados. Cosa semejante puede decirse del estudio radiográfico; imágenes que señalen disquinesias y aún hagan diagnosticar hipertonías o hipotonías, ptosis vesiculares, peri colecistitis, litiasis aparentes o vesículas excluidas que en ninguna ocasión se impregnaron. Y bien, está justificado intervenir; un proceso infeccioso franco, proceso litiasico definido, una vesícula que puede afirmarse esclero retráctil o un

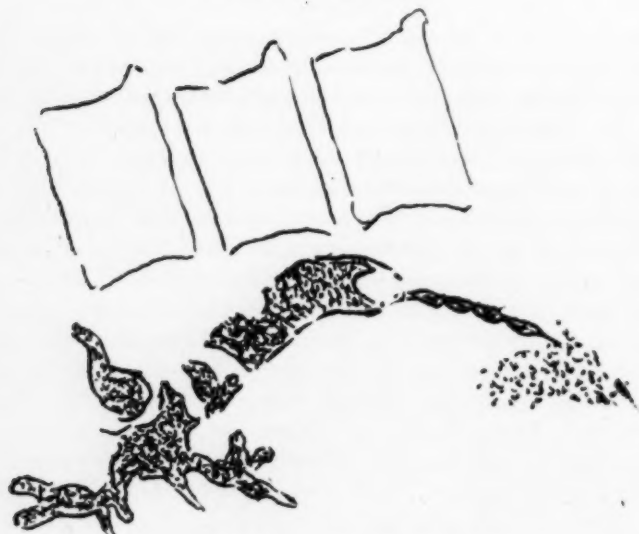


Fig. 6.—Litiasis múltiple del hepático y del colédoco, pancreatitis estenosante "moniliforme", sustancia opaca en el duodeno.



Figs. 7 y 8.—Imagen de la vesícula en "panal de abejas"; en el colédoco litiasis múltiple, sin que haya pasado sustancia al duodeno. A la derecha litiasis única del colédoco muy dilatado.

cuadro obstructivo que no se corrige o que se repite frecuentemente con el cólico alarmante como el detector más ostensible.

Laparatomía en tales condiciones tiene todavía papel de intervención que debe corroborar primero, completar después y afinar por último, un diagnóstico que garantice la ejecución de un acto quirúrgico curativo o que al menos aclare con todos sus perfiles un pronóstico y aquí vale recordar lo que se dijo al comenzar; hasta hace algunos años la falta de un diagnóstico íntegro produciría recidivas de un 30% en los operados, principalmente colecistectomizados, lo que nos demuestra cómo no bastarán ni el estudio clínico, ni el laboratorio y Rayos X anteriores al acto quirúrgico, ni la exploración a cielo abierto con una laparatomía. (Fig. 9).

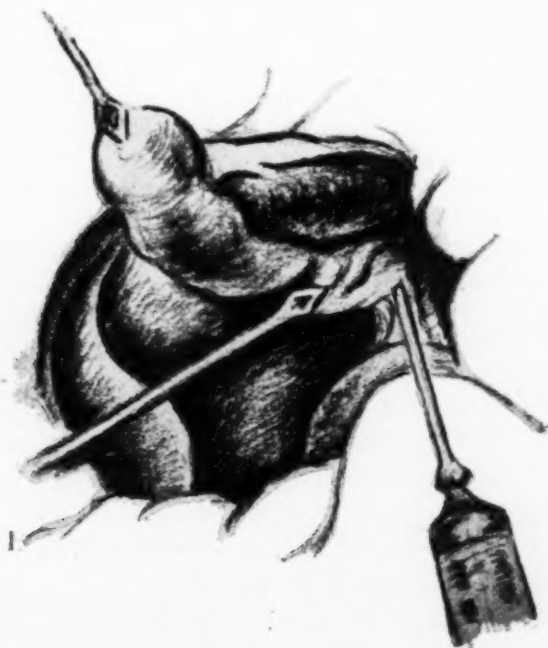


Fig. 9.—Haciendo la tracción de la vesícula, se puede apreciar la punción hecha en el colédoco por Mirizzi.

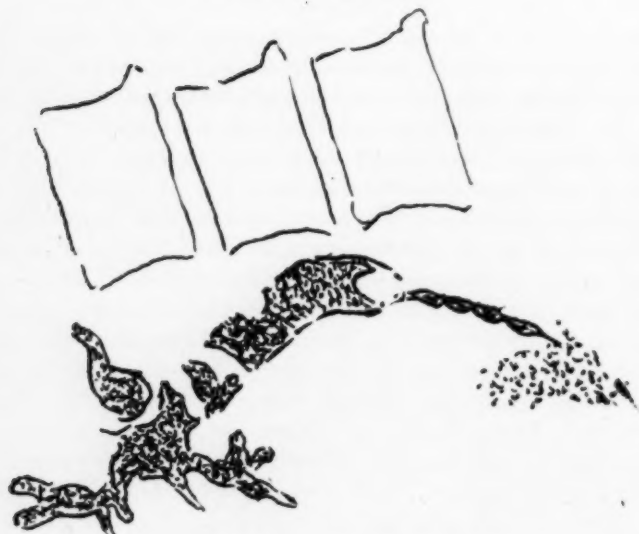


Fig. 6.—Litiasis múltiple del hepático y del colédoco, pancreatitis estenosante "moniliforme", sustancia opaca en el duodeno.



Figs. 7 y 8.—Imagen de la vesícula en "panal de abejas"; en el colédoco litiasis múltiple, sin que haya pasado sustancia al duodeno. A la derecha litiasis única del colédoco muy dilatado.

cuadro obstructivo que no se corrige o que se repite frecuentemente con el cólico alarmante como el detector más ostensible.

Laparatomía en tales condiciones tiene todavía papel de intervención que debe corroborar primero, completar después y afinar por último, un diagnóstico que garantice la ejecución de un acto quirúrgico curativo o que al menos aclare con todos sus perfiles un pronóstico y aquí vale recordar lo que se dijo al comenzar; hasta hace algunos años la falta de un diagnóstico íntegro produciría recidivas de un 30% en los operados, principalmente colecistectomizados, lo que nos demuestra cómo no bastarán ni el estudio clínico, ni el laboratorio y Rayos X anteriores al acto quirúrgico, ni la exploración a cielo abierto con una laparatomía. (Fig. 9).

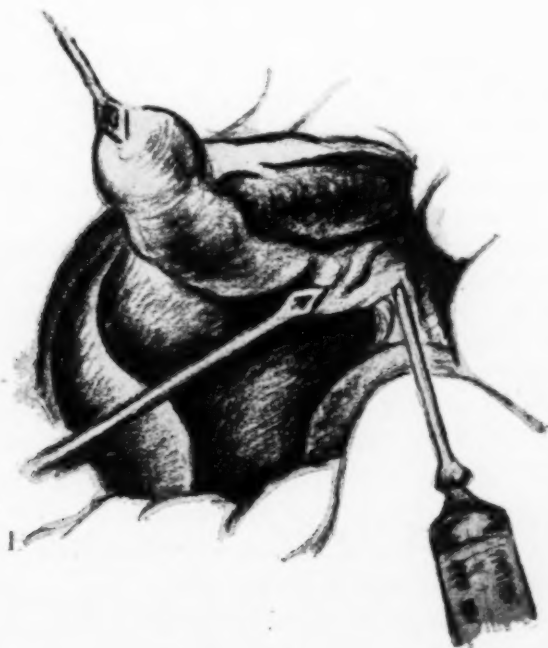


Fig. 9.—Haciendo la tracción de la vesícula, se puede apreciar la punción hecha en el colédoco por Mirizzi.

Tal convicción llevó forzosos por la necesidad, a cirujanos de distintos países a utilizar los rayos X en los casos de fistulas biliares como secuelas de operaciones para colecistectomía. El auge del estudio radiográfico previo es desde los años de 1922 y 1924. Graham y Cole en 1924 y Carrera de Montevideo; y Squirri también en 1924, que hizo radiografías de quistes hidatídicos del hígado inyectando lipiodol, sustancia que en 1925 utilizó Cotte para hacer fistulografías, que le permitieron reconocer y extraer cálculos en la porción distal del colédoco; la fistulografía con emulsiones de bismuto fueron hechas en 1922 por Tenney y Patterson. En años posteriores uno de los que utilizaron en México más extensamente la fistulografía ha sido González Méndez. La orientación ambiciosa de utilizar los estudios radiográficos para perfeccionar el diagnóstico de los padecimientos de las vías biliares, culminó en 1931 cuando el eminente cirujano de Córdoba, Argentina, profesor de Clínica Quirúrgica, Pablo L. Mirizzi, hizo una comunicación sobre colangiografía operatoria ante el 3er. Congreso Argentino de Cirugía: en ella aconsejaba este medio de diagnóstico como el más exacto y realizable para lograr intervenciones completas que no dejen detrás problemas sin resolución que dan margen a recidivas y operaciones reiteradas, de pronóstico muy serio. A partir de tal fecha, con la tenacidad del convencido, perfeccionó técnicas, indicó causas de error, señaló modos de interpretación y marcó alcance del método para diagnóstico de padecimientos de orden funcional, disquinesias o lesional, odditis, pancreatitis, litiasis; para reconocer anomalías y para lograr reducir el manejo de órganos y tejidos reduciendo el acto operatorio como traumatismo. Desde 1931 numerosos cirujanos de los distintos países la realizan habitualmente, valiendo que señalemos en Norte América a Best e Hicken desde 1934 y al Prof. Benedito Montenegro de San Pablo, Brasil, desde 1938.

V. *Postulados de la colangiografía.*

Seis ventajas intrínsecas señala Mirizzi a la colangiografía:

1. Evidencia las obstrucciones incompletas, funcionales o anatómicas distales, de la vía excretora principal, lo que permite realizar derivación interna de la bilis, v.g. por medio de la cístico-duodenostomía.

2. Permite el cierre sin drenaje en las colecistectomías evitando todo peligro de coleperitoneo cuando demostró que no existe canal cístico supernumerario y prevee que no habrá deslizamiento de la ligadura del cístico ya que no se comprueban lesiones anatómo funcionales del hepato-colédoco que hubieran quedado inadvertidas.

3. Demuestra no solo obstrucciones incompletas sino obstáculos por cálculos, disquinesias, odditis y pancreatitis que decidirán al cirujano a hacer una derivación interna de la bilis: además de la cístico-duodenostomía, la colédoco-duodenostomía.

4. Esclarece la presencia de cálculos en el ámpula de Vater o en los canales intrahepáticos, evitando así las operaciones iterativas.

5. Dilucida el diagnóstico de la litiasis llamada de forma pseudo tumoral.

6. Al precisar los datos puede el cirujano limitar sus maniobras a lo estrictamente necesario "Nao peca, nem por exceso, nem por falta, na exploracao e na tática cirúrgicas (Alfredo Monteiro)". (Figs. 10, 11 y 12).

VI Objeciones.

Se ha dicho:

- 1o. Que la colangiografía operatoria puede introducir gérmenes;
- 2o. que el lipiodol es tóxico;
- 3o. que su empleo prolonga el acto operatorio;
- 4o. que solo puede hacerse con anestesia loco regional o raquídea;
- 5o. que requiere instalación especial de rayos X.

La sola enunciación de tales objeciones hace que aparezcan delez-nables: en efecto, si no se es cuidadoso con las reglas de la asepsia, nin-guna cirugía puede autorizarse; el lipiodol se ha utilizado aún en la ven-triculografía sin revelar toxicidad; la prolongación de la operación en 20 minutos cuando más no significa ningún riesgo; en cuanto a la anestesia, no hay restricciones: personas con la experiencia de Mallet-Guy, de Lyon, recomiendan el éter oxígeno y provocar una fase muy corta de apnea, también sin riesgo; por último la instalación difícil o costosa de rayos X es una fantasía ya que un aparato portátil es suficiente.

Tal convicción llevó forzosos por la necesidad, a cirujanos de distintos países a utilizar los rayos X en los casos de fistulas biliares como secuelas de operaciones para colecistectomía. El auge del estudio radiográfico previo es desde los años de 1922 y 1924. Graham y Cole en 1924 y Carrera de Montevideo; y Squirri también en 1924, que hizo radiografías de quistes hidatídicos del hígado inyectando lipiodol, sustancia que en 1925 utilizó Cotte para hacer fistulografías, que le permitieron reconocer y extraer cálculos en la porción distal del colédoco; la fistulografía con emulsiones de bismuto fueron hechas en 1922 por Tenney y Patterson. En años posteriores uno de los que utilizaron en México más extensamente la fistulografía ha sido González Méndez. La orientación ambiciosa de utilizar los estudios radiográficos para perfeccionar el diagnóstico de los padecimientos de las vías biliares, culminó en 1931 cuando el eminente cirujano de Córdoba, Argentina, profesor de Clínica Quirúrgica, Pablo L. Mirizzi, hizo una comunicación sobre colangiografía operatoria ante el 3er. Congreso Argentino de Cirugía: en ella aconsejaba este medio de diagnóstico como el más exacto y realizable para lograr intervenciones completas que no dejen detrás problemas sin resolución que dan margen a recidivas y operaciones reiteradas, de pronóstico muy serio. A partir de tal fecha, con la tenacidad del convencido, perfeccionó técnicas, indicó causas de error, señaló modos de interpretación y marcó alcance del método para diagnóstico de padecimientos de orden funcional, disquinesias o lesional, odditis, pancreatitis, litiasis; para reconocer anomalías y para lograr reducir el manejo de órganos y tejidos reduciendo el acto operatorio como traumatismo. Desde 1931 numerosos cirujanos de los distintos países la realizan habitualmente, valiendo que señalemos en Norte América a Best e Hicken desde 1934 y al Prof. Benedito Montenegro de San Pablo, Brasil, desde 1938.

V. *Postulados de la colangiografía.*

Seis ventajas intrínsecas señala Mirizzi a la colangiografía:

1. Evidencia las obstrucciones incompletas, funcionales o anatómicas distales, de la vía excretora principal, lo que permite realizar derivación interna de la bilis, v.g. por medio de la cístico-duodenostomía.

2. Permite el cierre sin drenaje en las colecistectomías evitando todo peligro de coleperitoneo cuando demostró que no existe canal cístico supernumerario y prevee que no habrá deslizamiento de la ligadura del cístico ya que no se comprueban lesiones anatómo funcionales del hepato-colédoco que hubieran quedado inadvertidas.

3. Demuestra no solo obstrucciones incompletas sino obstáculos por cálculos, disquinesias, odditis y pancreatitis que decidirán al cirujano a hacer una derivación interna de la bilis: además de la cístico-duodenostomía, la colédoco-duodenostomía.

4. Esclarece la presencia de cálculos en el ámpula de Vater o en los canales intrahepáticos, evitando así las operaciones iterativas.

5. Dilucida el diagnóstico de la litiasis llamada de forma pseudo tumoral.

6. Al precisar los datos puede el cirujano limitar sus maniobras a lo estrictamente necesario "Nao peca, nem por exceso, nem por falta, na exploracao e na tática cirúrgicas (Alfredo Monteiro)". (Figs. 10, 11 y 12).

VI Objeciones.

Se ha dicho:

- 1o. Que la colangiografía operatoria puede introducir gérmenes;
- 2o. que el lipiodol es tóxico;
- 3o. que su empleo prolonga el acto operatorio;
- 4o. que solo puede hacerse con anestesia loco regional o raquídea;
- 5o. que requiere instalación especial de rayos X.

La sola enunciación de tales objeciones hace que aparezcan delez-nables: en efecto, si no se es cuidadoso con las reglas de la asepsia, nin-guna cirugía puede autorizarse; el lipiodol se ha utilizado aún en la ven-triculografía sin revelar toxicidad; la prolongación de la operación en 20 minutos cuando más no significa ningún riesgo; en cuanto a la anestesia, no hay restricciones: personas con la experiencia de Mallet-Guy, de Lyon, recomiendan el éter oxígeno y provocar una fase muy corta de apnea, también sin riesgo; por último la instalación difícil o costosa de rayos X es una fantasía ya que un aparato portátil es suficiente.

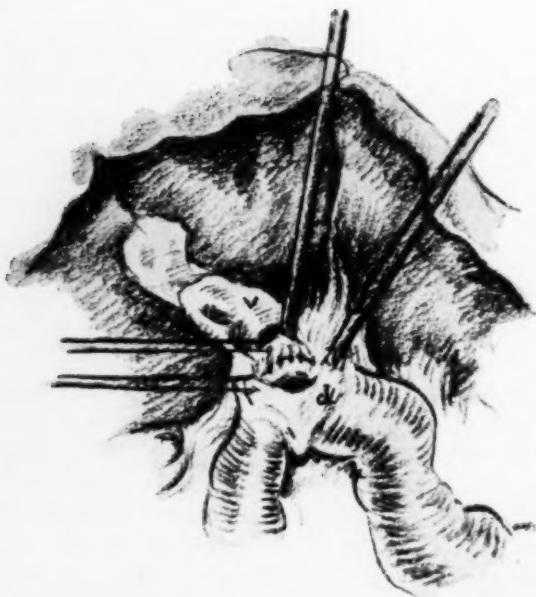


Fig. 10.—Colecisto-duodenostomía: hecha la sutura, sero-serosa se muestran abiertos la vesícula (v) y el duodeno (d).

VII. En qué consiste la colangiografía operatoria y cómo practicarla. Su interpretación.

Si se inyecta lentamente con el ritmo de 1 c.c. por minuto una solución opaca, en cantidad de 10 hasta 20 c.c. ya sea en la vesícula si todavía se prefiere precisar datos de la misma, en el cístico cuando aquella se ha extirpado o en el colédoco cuando interesa algún detalle en relación con éste, se pueden obtener dos radiografías con intervalo cuando más de diez minutos que revelarán condiciones de función y anatómicas que precisen diagnóstico. Mirizzi continúa fiel al empleo de lipiodol al 40% en solución aceitosa, cree que para la lentitud útil en la inyección, es pre-

COLANGIOGRAFÍA Y MANOMETRÍA



Figs. 11 y 12.—Para hacer coledocotomía se punctiona primero (izquierda); a la derecha la línea de puntos señala la incisión y el colédoco estirado por dos hilos. (Monteiro).



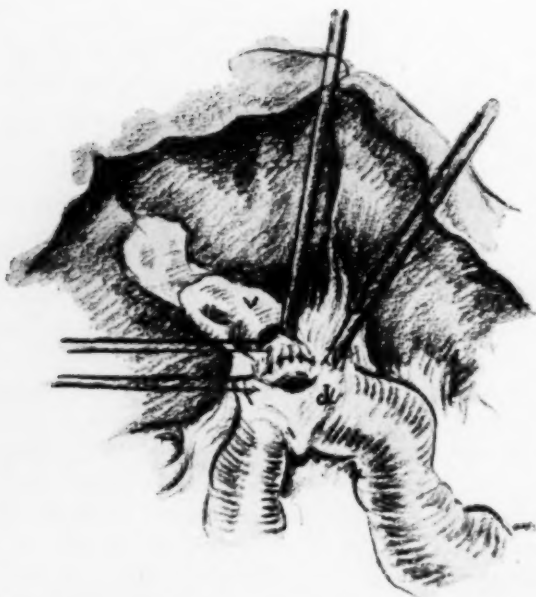


Fig. 10.—Colecisto-duodenostomía: hecha la sutura, sero-serosa se muestran abiertos la vesícula (v) y el duodeno (d).

VII. En qué consiste la colangiografía operatoria y cómo practicarla. Su interpretación.

Si se inyecta lentamente con el ritmo de 1 c.c. por minuto una solución opaca, en cantidad de 10 hasta 20 c.c. ya sea en la vesícula si todavía se prefiere precisar datos de la misma, en el cístico cuando aquella se ha extirpado o en el colédoco cuando interesa algún detalle en relación con éste, se pueden obtener dos radiografías con intervalo cuando más de diez minutos que revelarán condiciones de función y anatómicas que precisen diagnóstico. Mirizzi continúa fiel al empleo de lipiodol al 40% en solución aceitosa, cree que para la lentitud útil en la inyección, es pre-

COLANGIOGRAFÍA Y MANOMETRÍA



Figs. 11 y 12.—Para hacer coledocotomía se punctiona primero (izquierda); a la derecha la línea de puntos señala la incisión y el colédoco estirado por dos hilos. (Monteiro).



ferible tal solución; Kirschner y Puhl inyectan thorotrast; Hulten, perabrodill, Hickben, Best y Hunt hippuran, Mallet Guy tenebryl; Luciano Torres nosylan. Se dice que al tomar la segunda placa radiográfica, a los diez minutos, muchas ocasiones no es indispensable esperar, ya que la primera orientó hacia las indicaciones que se deben llenar y la realización de la segunda sólo ratifica o detalla.

Mirizzi recomienda el aditamento de Potter Bucky, que coloca en una charola corrediza debajo de la mesa; Mallet Guy utiliza un dispositivo inverso manteniendo el tubo de rayos X abajo de la mesa que es o tiene porciones de aluminio o de madera y en todos los casos centra su tubo de antemano haciendo coincidir un rayo luminoso que sobre la mesa pasa a través de un cuadrante opaco que tiene un orificio central. (Figs. 13 y 14).

La técnica misma es descrita con propiedad por Mirizzi y todos los autores: lo mejor será disponer de los trócares adecuados, pero lo esen-

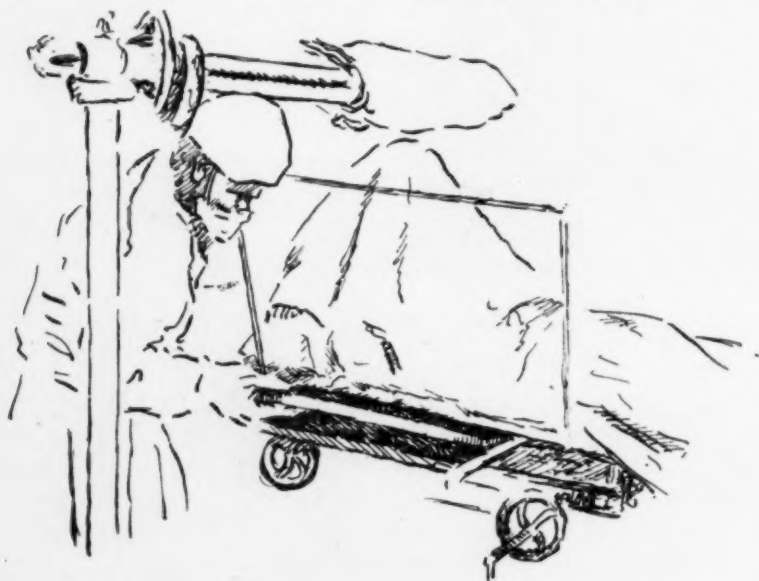


Fig. 13.—Dispositivo según Mirizzi para hacer colangiografía.

COLANGIOGRAFÍA Y MANOMETRÍA

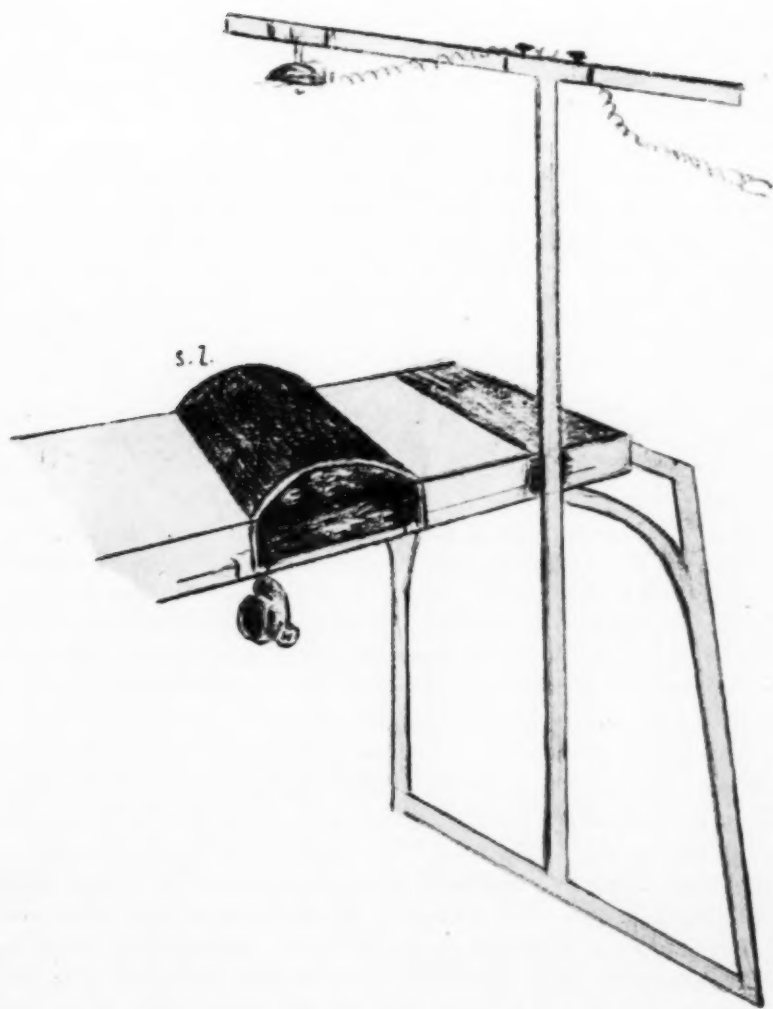


Fig. 14.—P. Mallet Guy, coloca el tubo de rayos X abajo de la mesa; esta eleva el soporte lumbar (s. l.); arriba una lámpara que servirá para centrar el tubo.

ferible tal solución; Kirschner y Puhl inyectan thorotrast; Hulten, perabrodill, Hickben, Best y Hunt hippuran, Mallet Guy tenebryl; Luciano Torres nosylan. Se dice que al tomar la segunda placa radiográfica, a los diez minutos, muchas ocasiones no es indispensable esperar, ya que la primera orientó hacia las indicaciones que se deben llenar y la realización de la segunda sólo ratifica o detalla.

Mirizzi recomienda el aditamento de Potter Bucky, que coloca en una charola corrediza debajo de la mesa; Mallet Guy utiliza un dispositivo inverso manteniendo el tubo de rayos X abajo de la mesa que es o tiene porciones de aluminio o de madera y en todos los casos centra su tubo de antemano haciendo coincidir un rayo luminoso que sobre la mesa pasa a través de un cuadrante opaco que tiene un orificio central. (Figs. 13 y 14).

La técnica misma es descrita con propiedad por Mirizzi y todos los autores: lo mejor será disponer de los trócares adecuados, pero lo esen-

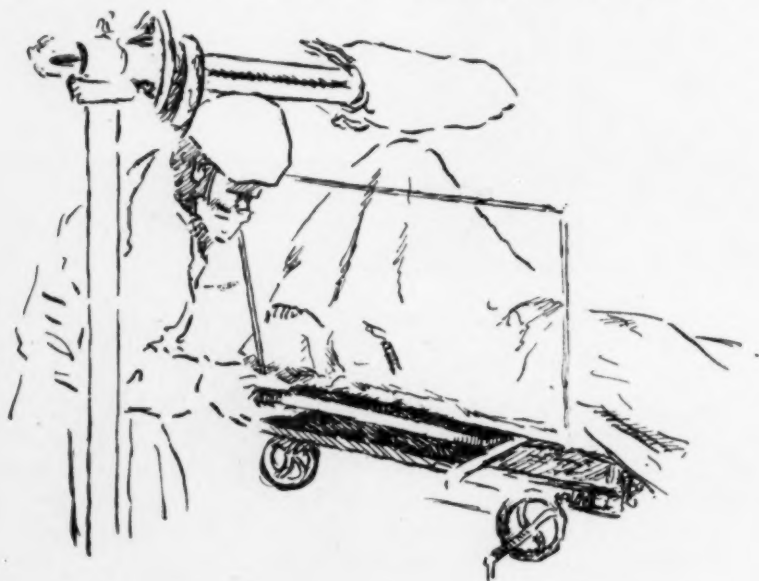


Fig. 13.—Dispositivo según Mirizzi para hacer colangiografía.

COLANGIOGRAFÍA Y MANOMETRÍA

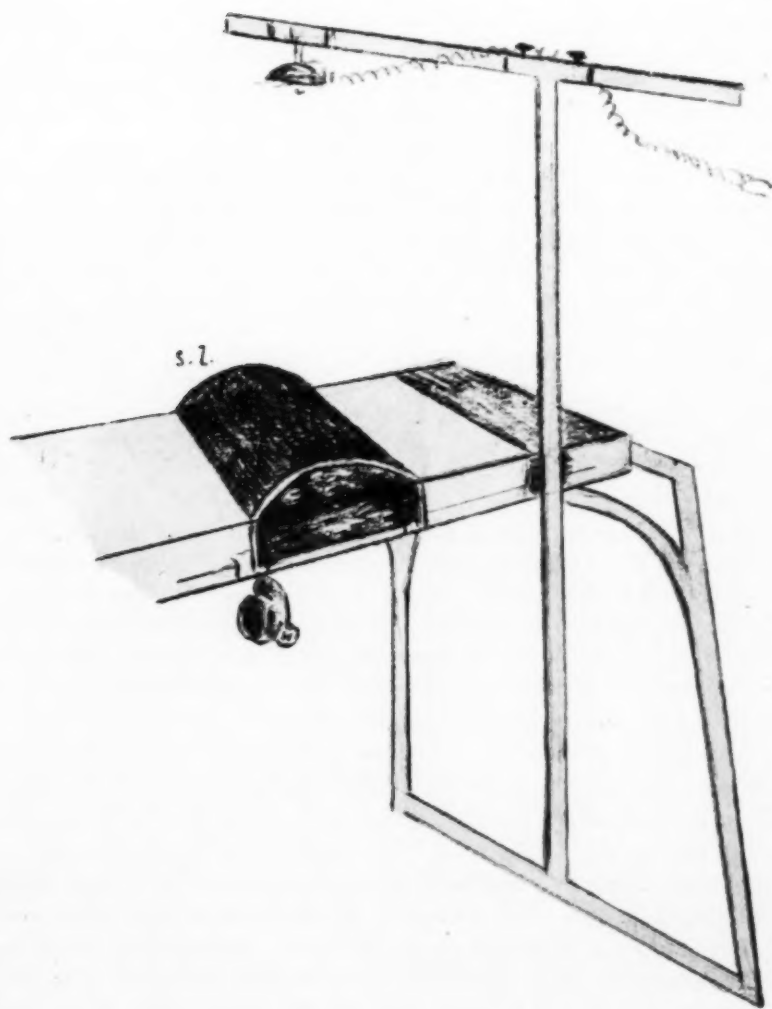


Fig. 14.—P. Mallet Guy, coloca el tubo de rayos X abajo de la mesa; esta eleva el soporte lumbar (s. l.); arriba una lámpara que servirá para centrar el tubo.

cial es saber que al hacer uso de una jeringa bien calibrada, de 20 c.c. de capacidad, no pueda escapar ninguna gota del líquido alrededor del punto donde se punciona: es conveniente para ello que hilos de sutura estrechen los tejidos en el sitio en que se introdujo el trocar a la superficie de éste, ya sea en la vesícula, en el cístico o en el colédoco.

Interpretar las imágenes no es difícil si se recuerda la fisiopatología a que hicimos mención en los inicios de esta lectura: sistemas hepático y cístico-coledociano; procesos funcionales y anatómicos intra y extra canaliculares. Las obras de Mirizzi son cátedra de las distintas figuras que se han de obtener y por otra parte en todos los casos, como en toda la ciencia de la clínica, es menester compaginar los datos que ofrecen todos los recursos de exploración.

VIII. Mallet Guy añade, como exploración necesaria, el control manométrico.

Mallet Guy, de Lyon, verifica durante la laparatomía por padecimientos de las vías biliares, la colangiografía que él llama per-operatoria de Mirizzi precediéndola además de manometría que según las cifras a que llegue, la forma de caída de esa cifra alcanzada y la estabilización que mantenga, da idea de hipertonia pasajera o sostenida que haya de referirse a carácter funcional o por obstáculo permanente; puede también marcar muy rápidamente cifras muy bajas que denotarían una hipotonía pasajera o permanente del esfínter en su porción distal.

Se sirve de un manómetro registrador, usa un trocar acanalado para punción vesicular, una cánula dos veces acodada para entubación cístico-coledociana; un juego de ajustes metálicos para enchufe exacto de tubos de caucho; una llave en T sobre la que adaptan los ajustes metálicos y una jeringa aspirante e impelente. Uno de los extremos de la T se adapta a un tubo de caucho cuyo extremo se sumerge en agua tibia esterilizada, el extremo vertical de la T se ajusta a la jeringa y en el otro extremo vertical otro tubo de caucho comunica con un tubo de vidrio en U cuya rama opuesta se liga al aparato registrador por otro tubo de caucho bien ajustado. Se puncionará como para la colangiografía, la vesícula, el cístico o el colédoco; la cantidad de agua para inyectar puede ser 20 c.c., 10 c.c.

COLANGIOGRAFÍA Y MANOMETRÍA

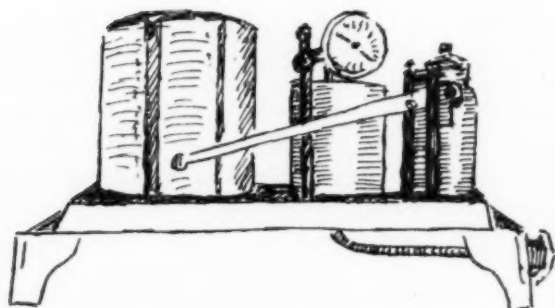


Fig. 15.—Manómetro registrador.

ó 5 c.c. y se hará la inyección con lentitud. La pluma que marca sobre el cilindro registrador (Fig. 15), sube casi vertical y cae oblicuamente, la altura a que subió, la rapidez o lentitud del descenso, el nivel a donde llegó estabilizándose, pueden ser comparables en 3 ó 4 gráficas que corresponden a otras tantas veces que se inyecta; si el descenso es lento, si la cifra de estabilización permanece más allá de 18 c.c., se trata de una hipertonia que podrá interpretarse. Si al contrario ni se elevó mucho el primer trazo y la estabilización se hizo bastante más abajo del nivel que se marca para 18 c.c., es una hipotonía, que los antecedentes, la evolución y el cuadro clínico darán razones para interpretar. (Fig. 16).



Fig. 16.—Cánula transcística de Mallet Guy.

cial es saber que al hacer uso de una jeringa bien calibrada, de 20 c.c. de capacidad, no pueda escapar ninguna gota del líquido alrededor del punto donde se punciona: es conveniente para ello que hilos de sutura estrechen los tejidos en el sitio en que se introdujo el trocar a la superficie de éste, ya sea en la vesícula, en el cístico o en el colédoco.

Interpretar las imágenes no es difícil si se recuerda la fisiopatología a que hicimos mención en los inicios de esta lectura: sistemas hepático y cístico-coledociano; procesos funcionales y anatómicos intra y extra canaliculares. Las obras de Mirizzi son cátedra de las distintas figuras que se han de obtener y por otra parte en todos los casos, como en toda la ciencia de la clínica, es menester compaginar los datos que ofrecen todos los recursos de exploración.

VIII. Mallet Guy añade, como exploración necesaria, el control manométrico.

Mallet Guy, de Lyon, verifica durante la laparatomía por padecimientos de las vías biliares, la colangiografía que él llama per-operatoria de Mirizzi precediéndola además de manometría que según las cifras a que llegue, la forma de caída de esa cifra alcanzada y la estabilización que mantenga, da idea de hipertonia pasajera o sostenida que haya de referirse a carácter funcional o por obstáculo permanente; puede también marcar muy rápidamente cifras muy bajas que denotarían una hipotonía pasajera o permanente del esfínter en su porción distal.

Se sirve de un manómetro registrador, usa un trocar acanalado para punción vesicular, una cánula dos veces acodada para entubación cístico-coledociana; un juego de ajustes metálicos para enchufe exacto de tubos de caucho; una llave en T sobre la que adaptan los ajustes metálicos y una jeringa aspirante e impelente. Uno de los extremos de la T se adapta a un tubo de caucho cuyo extremo se sumerge en agua tibia esterilizada, el extremo vertical de la T se ajusta a la jeringa y en el otro extremo vertical otro tubo de caucho comunica con un tubo de vidrio en U cuya rama opuesta se liga al aparato registrador por otro tubo de caucho bien ajustado. Se puncionará como para la colangiografía, la vesícula, el cístico o el colédoco; la cantidad de agua para inyectar puede ser 20 c.c., 10 c.c.

COLANGIOGRAFÍA Y MANOMETRÍA

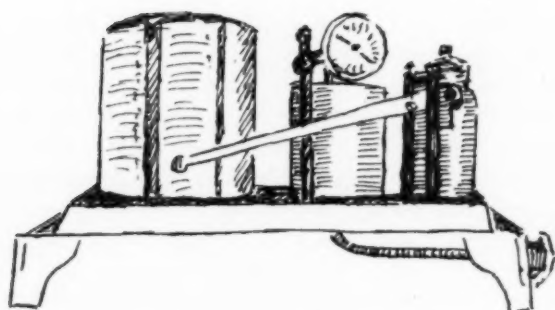


Fig. 15.—Manómetro registrador.

ó 5 c.c. y se hará la inyección con lentitud. La pluma que marca sobre el cilindro registrador (Fig. 15), sube casi vertical y cae oblicuamente, la altura a que subió, la rapidez o lentitud del descenso, el nivel a donde llegó estabilizándose, pueden ser comparables en 3 ó 4 gráficas que corresponden a otras tantas veces que se inyecta; si el descenso es lento, si la cifra de estabilización permanece más allá de 18 c.c., se trata de una hipertonia que podrá interpretarse. Si al contrario ni se elevó mucho el primer trazo y la estabilización se hizo bastante más abajo del nivel que se marca para 18 c.c., es una hipotonía, que los antecedentes, la evolución y el cuadro clínico darán razones para interpretar. (Fig. 16).



Fig. 16.—Cánula transcística de Mallet Guy.

Mallet Guy ha simplificado táctica y técnica de ambas exploraciones, manometría y colangiografía, realizadas una tras otra. Muchos autores verifican ambas aunque están de acuerdo en conceder la prevalencia el método de la colangiografía que hemos llevado a cabo en varios casos, no así el de la manometría que creemos que no se realiza en México.

Luciano Torres, de Argentina, recomienda la colangiorradiomanometría seriada post-operatoria, en fistulas; hace radiografía al propio tiempo del manómetro, inyectando yodo hidrosoluble. (Fig. 17).

X. *Las recidivas después de las colecistectomías.*

La referencia que cabe hacer después de las consideraciones anteriores respecto a colangiografía operatoria de Mirizzi y el control manométrico de Mallet Guy, enfrente de los padecimientos de las vías biliares, es que por si solos respaldan la cirugía en tales casos y son seguramente los medios eficientes para disminuir ese 30% de recidivas que han constituido tenebroso lastre que tenemos obligación de esforzarnos en ver desaparecer o disminuir. El problema se plantea ahora desde el punto de vista de resolver la situación de enfermos a quienes ya se quitó la vesícula y repiten cuadros clínicos dolorosos anteriores o aún más exacerbados, y que en ocasiones son sujetos muy desnutridos.

El maestro de Lyon que venimos mencionando, sintetiza en alguno de sus últimos relatos ante el XIII Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía que tuvo lugar el año anterior en Nueva Orleans, los conceptos de patogenia, diagnóstico, evolución y conducta que interesa ahora resumir.

Tres posibilidades pueden formar en la patogenia de tales recidivas:

1. El motivo de su producción es anterior a la colecistectomía que se hizo, constituye una lesión de obstáculo que no se pudo discriminar, que no se sospechó y que pasó inadvertida; se trata principalmente de litiasis del colédoco o del hepático.
2. El origen de la recidiva data de la fecha de la operación y entonces casi siempre es un proceso escleroso, cicatricial, que lentamente progresa: abertura de canales, cicatrización de una fistula del cístico etc., y
3. El cuadro es de aspecto funcional, espástico, quizá inflamatorio

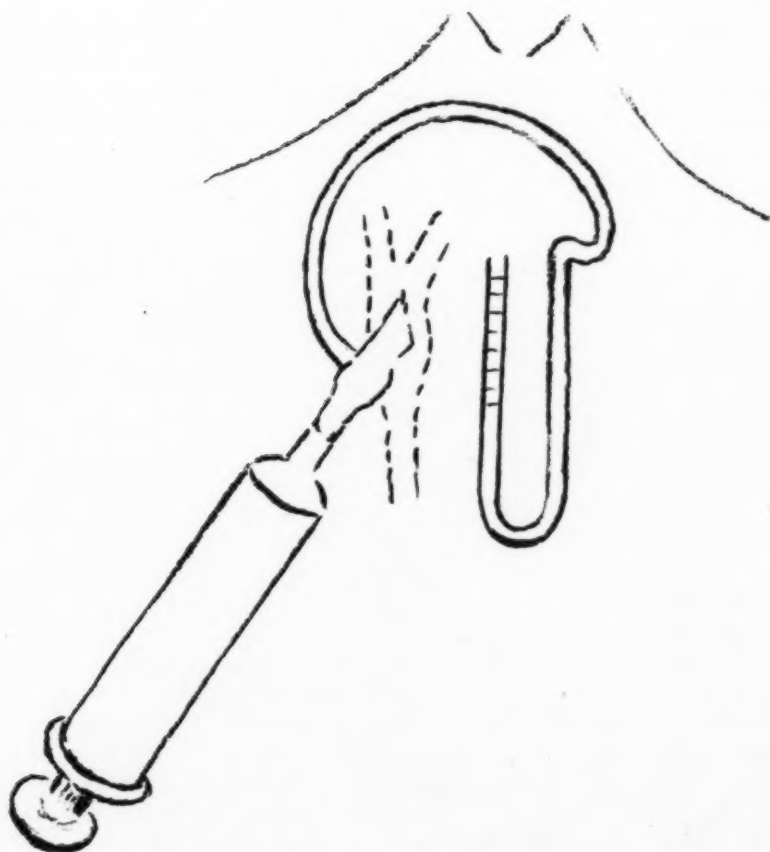


Fig. 17.—Esquema de L. Torres.

Mallet Guy ha simplificado táctica y técnica de ambas exploraciones, manometría y colangiografía, realizadas una tras otra. Muchos autores verifican ambas aunque están de acuerdo en conceder la prevalencia el método de la colangiografía que hemos llevado a cabo en varios casos, no así el de la manometría que creemos que no se realiza en México.

Luciano Torres, de Argentina, recomienda la colangiorradiomanometría seriada post-operatoria, en fistulas; hace radiografía al propio tiempo del manómetro, inyectando yodo hidrosoluble. (Fig. 17).

X. *Las recidivas después de las colecistectomías.*

La referencia que cabe hacer después de las consideraciones anteriores respecto a colangiografía operatoria de Mirizzi y el control manométrico de Mallet Guy, enfrente de los padecimientos de las vías biliares, es que por si solos respaldan la cirugía en tales casos y son seguramente los medios eficientes para disminuir ese 30% de recidivas que han constituido tenebroso lastre que tenemos obligación de esforzarnos en ver desaparecer o disminuir. El problema se plantea ahora desde el punto de vista de resolver la situación de enfermos a quienes ya se quitó la vesícula y repiten cuadros clínicos dolorosos anteriores o aún más exacerbados, y que en ocasiones son sujetos muy desnutridos.

El maestro de Lyon que venimos mencionando, sintetiza en alguno de sus últimos relatos ante el XIII Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía que tuvo lugar el año anterior en Nueva Orleans, los conceptos de patogenia, diagnóstico, evolución y conducta que interesa ahora resumir.

Tres posibilidades pueden formar en la patogenia de tales recidivas:

1. El motivo de su producción es anterior a la colecistectomía que se hizo, constituye una lesión de obstáculo que no se pudo discriminar, que no se sospechó y que pasó inadvertida; se trata principalmente de litiasis del colédoco o del hepático.
2. El origen de la recidiva data de la fecha de la operación y entonces casi siempre es un proceso escleroso, cicatricial, que lentamente progresa: abertura de canales, cicatrización de una fistula del cístico etc., y
3. El cuadro es de aspecto funcional, espástico, quizá inflamatorio

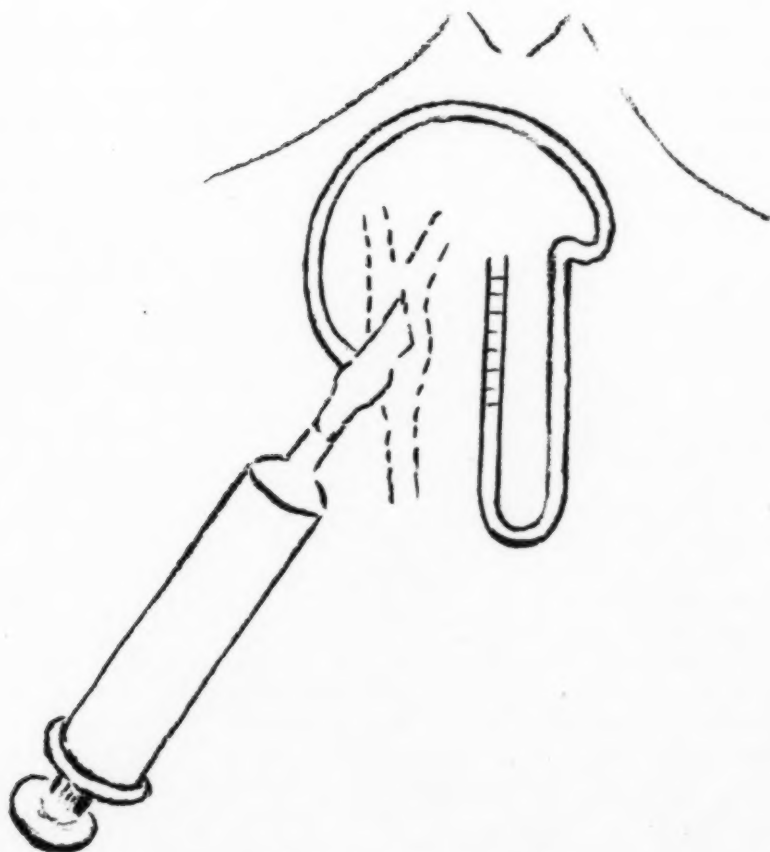


Fig. 17.—Esquema de L. Torres.

congestivo, tiene arraigos también de origen psíquico; en fin, su patogenia no está perfectamente esclarecida. Alguna de nuestras pacientes sufría las recidivas mencionadas cuando estaba en su fecha de menstruación, v. g.

Enfrente de los grupos 1o. y 2o. la conducta es francamente quirúrgica, nueva operación cuya finalidad ha de estar orientada precisamente por los datos que proporcionen la colangiografía precedida de la manometría, dice Mallet Guy, además estas exploraciones ahorrarán manobras que en tales casos hay que reducir al mínimo.

Las recomendaciones de técnica y táctica son enfática y consisten en lo que sigue:

1. Laparatomía extensa con incisión completamente alejada de la cicatriz y formada por tres líneas rectas, la mayor de arriba a abajo y de adentro a afuera hacia la derecha, con punto de partida en la línea media en la cercanía inmediata del apófisis xifoide y abajo, poco arriba y afuera del ombligo, la segunda oblícua hacia abajo y hacia afuera del borde externo del recto del abdomen y que lo dividirá; enseguida la tercera más hacia afuera y arriba como siguiendo la dirección de los nervios intercostales. Incisión de Río Branco.

2. Se procederá en todos los casos con anestesia local, novocaína al 0.5%.

3. Con esta laparatomía se abordará la encrucijada hepática desde la periferia de implantación de adherencias, lo que hará menos difícil abordar el muñón del cístico.

4. Se procederá en dicho muñón o directamente sobre el colédoco mediante punción primero y pequeñísima coledocotomía después, a la manometría y colangiografía que servirán para marcar la norma operatoria. (Fig. 18).

En uno de sus trabajos elocuentes el autor de quien venimos glorificando, expresa en cifras lo siguiente:

En número considerablemente mayor parecen factores funcionales solos: hiper e hipotonía.

El segundo grupo lo forman factores anatómicos y funcionales intrincados.

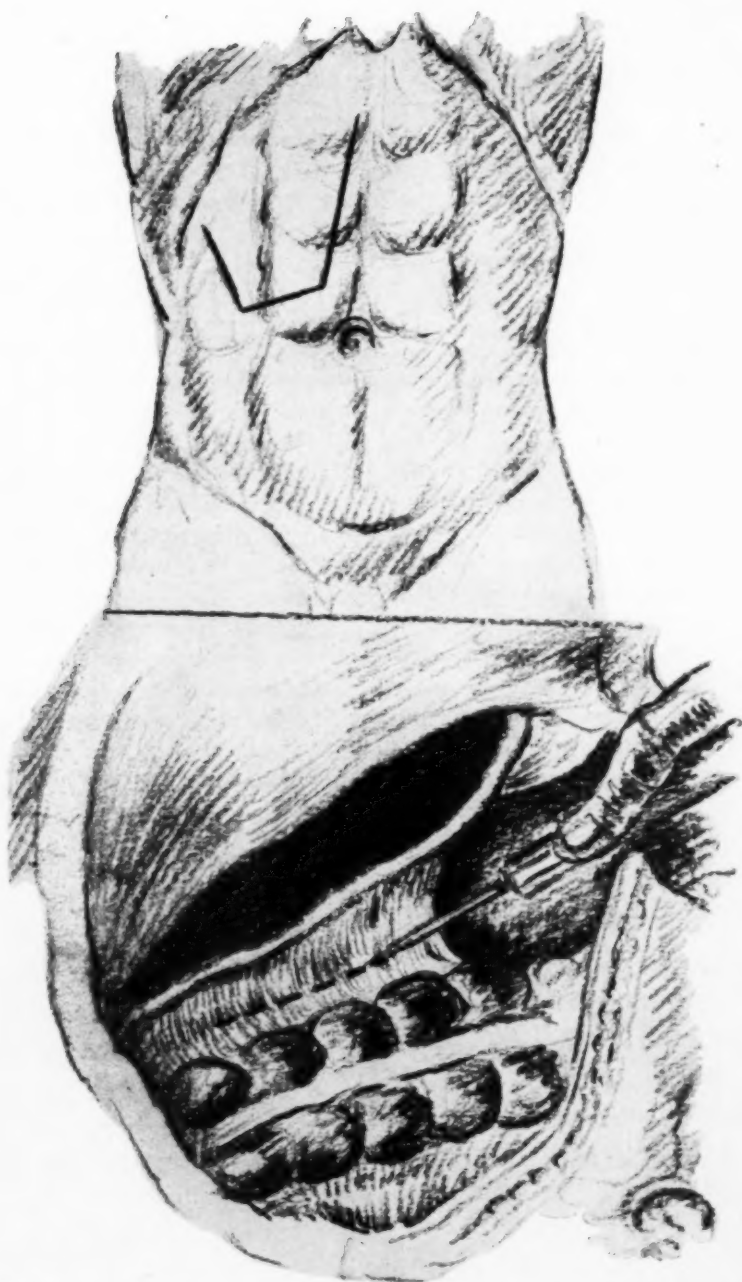


Fig. 18.--Arriba: trazo de incisión en re-intervenciones.—Abajo sirviéndose de cuchillo eléctrico se comienza a seccionar adherencias (Mallet Guy).

congestivo, tiene arraigos también de origen psíquico; en fin, su patogenia no está perfectamente esclarecida. Alguna de nuestras pacientes sufría las recidivas mencionadas cuando estaba en su fecha de menstruación, v. g.

Enfrente de los grupos 1o. y 2o. la conducta es francamente quirúrgica, nueva operación cuya finalidad ha de estar orientada precisamente por los datos que proporcionen la colangiografía precedida de la manometría, dice Mallet Guy, además estas exploraciones ahorrarán manobras que en tales casos hay que reducir al mínimo.

Las recomendaciones de técnica y táctica son enfática y consisten en lo que sigue:

1. Laparatomía extensa con incisión completamente alejada de la cicatriz y formada por tres líneas rectas, la mayor de arriba a abajo y de adentro a afuera hacia la derecha, con punto de partida en la línea media en la cercanía inmediata del apófisis xifoide y abajo, poco arriba y afuera del ombligo, la segunda oblícua hacia abajo y hacia afuera del borde externo del recto del abdomen y que lo dividirá; enseguida la tercera más hacia afuera y arriba como siguiendo la dirección de los nervios intercostales. Incisión de Río Branco.

2. Se procederá en todos los casos con anestesia local, novocaína al 0.5%.

3. Con esta laparatomía se abordará la encrucijada hepática desde la periferia de implantación de adherencias, lo que hará menos difícil abordar el muñón del cístico.

4. Se procederá en dicho muñón o directamente sobre el colédoco mediante punción primero y pequeñísima coledocotomía después, a la manometría y colangiografía que servirán para marcar la norma operatoria. (Fig. 18).

En uno de sus trabajos elocuentes el autor de quien venimos glorificando, expresa en cifras lo siguiente:

En número considerablemente mayor parecen factores funcionales solos: hiper e hipotonía.

El segundo grupo lo forman factores anatómicos y funcionales intrincados.

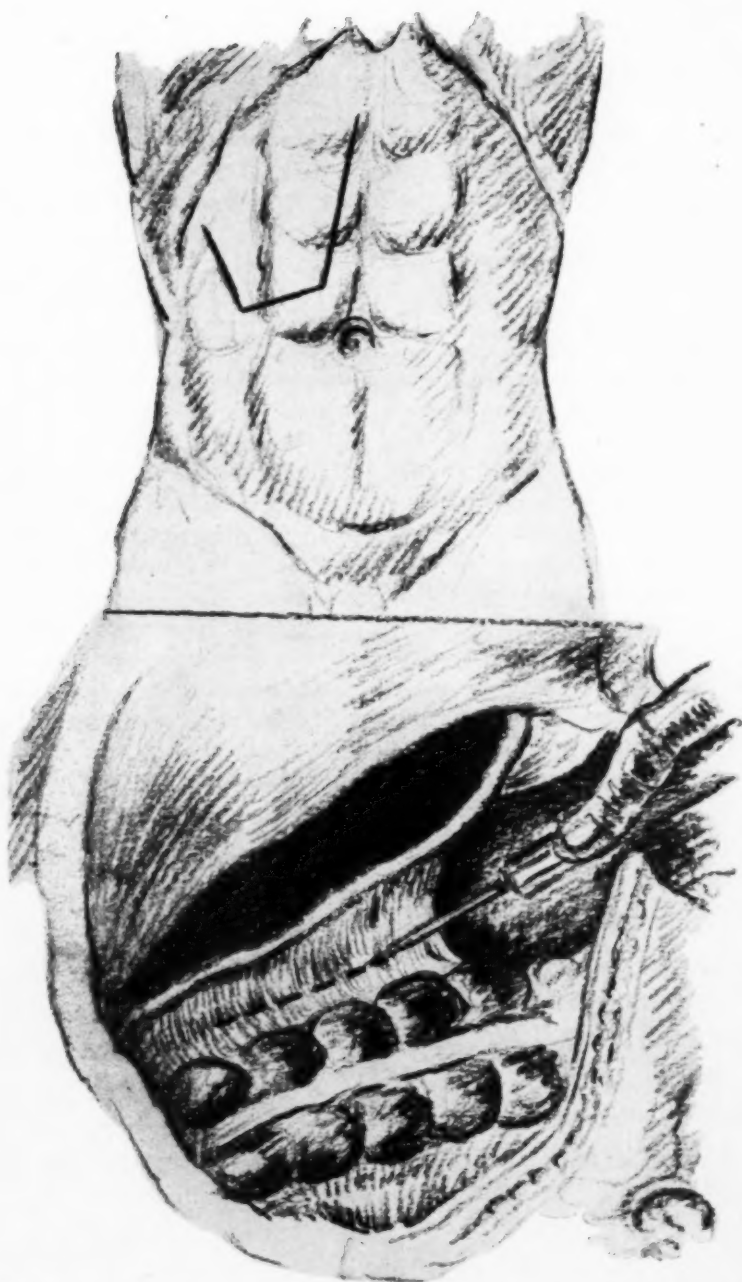


Fig. 18.--Arriba: trazo de incisión en re-intervenciones.—Abajo sirviéndose de cuchillo eléctrico se comienza a seccionar adherencias (Mallet Guy).

El tercero corresponde a factores anatómicos solos y a la cabeza de ellos, la presencia de cálculos.

Por fin, solo en tres casos de cuarenta y uno reconoció integridad biliar funcional y anatómica.

XI. Resumen.

1. La base de la clínica y cirugía de las vías biliares se apoya en el conocimiento anatómico y fisiológico de sus sistemas y relaciones.
2. No basta para el diagnóstico, pronóstico y conducta adecuada en los padecimientos de las vías biliares cumplir con las exigencias habituales de la exploración y es menester recordar las excelencias de la colangiografía operatoria de Mirizzi y la utilidad del control manométrico de Mallet Guy.
3. Ninguna de tales exploraciones requiere esfuerzos o instalaciones exorbitantes, ni acarrear riesgos en su ejecución.
4. La utilización de estos recursos de exploración es imprescindible cuando se trata de reintervenciones en recidivas después de colecistectomía.
5. Cuidese mucho técnica y táctica en las reintegraciones, recomendándose las reglas de conducta que sigue y aconseja Mallet Guy de Lyon.

BIBLIOGRAFIA.

- MIRIZZI.—Fisiopatología del hepato colédoco. Colangiografía operatoria. 1939. Librería y Editorial "El Ateneo", Buenos Aires.
- MIRIZZI.—Cholecystectomy sans drainage. 1933. Masson et Cie. Editeurs. Paris.
- MIRIZZI.—Litiasis del colédoco. Tratamiento. 1939. Buenos Aires.
- MONTEIRO, ALFREDO.—Técnica Cirúrgica. Vol. III. Tomo I. 1943. pág. 554.

COLANGIOGRAFÍA Y MANOMETRÍA

- TORRES, LUCIANO M.—La colangiorradiomanometría seriada post-operatoria. *Rev. Brasileira de Cirugía*. Vol. XVIII. No. 7. 1949. pág. 35.
- MORAES GREY, J.—Esploração operatoria das vias biliares. *Rev. Brasileira de Cirugía*. año XVII. No. 8, agosto 1948, pág. 13.
- A. PLENK U. H. HARTL.—Colédoco duodenostomía supra duodenal *Journal International de Chirurgie*. Tome IX número 15. 1949. pág. 421.
- PIERRE MALLET GUY.—Conditions de technique du control manométrique et radiologique. *Journal Internationale de Chirurgie*, tome VIII. número 6, Nov. dic. 1948.
- P. MALLET GUY y H. BREZCO.—Reinterventions pour "recidive" apres colecystectomie. *Lyon Chirurgical*, tome 44, no. 4. Juillet-Aout 1949.

El tercero corresponde a factores anatómicos solos y a la cabeza de ellos, la presencia de cálculos.

Por fin, solo en tres casos de cuarenta y uno reconoció integridad biliar funcional y anatómica.

XI. Resumen.

1. La base de la clínica y cirugía de las vías biliares se apoya en el conocimiento anatómico y fisiológico de sus sistemas y relaciones.
2. No basta para el diagnóstico, pronóstico y conducta adecuada en los padecimientos de las vías biliares cumplir con las exigencias habituales de la exploración y es menester recordar las excelencias de la colangiografía operatoria de Mirizzi y la utilidad del control manométrico de Mallet Guy.
3. Ninguna de tales exploraciones requiere esfuerzos o instalaciones exorbitantes, ni acarrear riesgos en su ejecución.
4. La utilización de estos recursos de exploración es imprescindible cuando se trata de reintervenciones en recidivas después de colecistectomía.
5. Cuidese mucho técnica y táctica en las reintegraciones, recomendándose las reglas de conducta que sigue y aconseja Mallet Guy de Lyon.

BIBLIOGRAFIA.

- MIRIZZI.—Fisiopatología del hepato colédoco. Colangiografía operatoria. 1939. Librería y Editorial "El Ateneo", Buenos Aires.
- MIRIZZI.—Cholecystectomy sans drainage. 1933. Masson et Cie. Editeurs. Paris.
- MIRIZZI.—Litiasis del colédoco. Tratamiento. 1939. Buenos Aires.
- MONTEIRO, ALFREDO.—Técnica Cirúrgica. Vol. III. Tomo I. 1943. pág. 554.

COLANGIOGRAFÍA Y MANOMETRÍA

- TORRES, LUCIANO M.—La colangiorradiomanometría seriada post-operatoria. *Rev. Brasileira de Cirugía*. Vol. XVIII. No. 7. 1949. pág. 35.
- MORAES GREY, J.—Esploração operatoria das vias biliares. *Rev. Brasileira de Cirugía*. año XVII. No. 8, agosto 1948, pág. 13.
- A. PLENK U. H. HARTL.—Colédoco duodenostomía supra duodenal *Journal International de Chirurgie*. Tome IX número 15. 1949. pág. 421.
- PIERRE MALLET GUY.—Conditions de technique du control manométrique et radiologique. *Journal Internationale de Chirurgie*, tome VIII. número 6, Nov. dic. 1948.
- P. MALLET GUY y H. BREZCO.—Reinterventions pour "recidive" apres colecystectomie. *Lyon Chirurgical*, tome 44, no. 4. Juillet-Aout 1949.

Endoteliomas de la Pleura

Por el Académico Dr. Roberto Mendiola

Los endoteliomas de la pleura, al extenderse sobre las superficies serosas e invadir los órganos torácicos, interfieren las funciones de los sistemas respiratorio y circulatorio, por graves modificaciones mecánicas y fenómenos concomitantes.

La sinfisis pleuro-pulmonar, formación de grandes derrames pleurales y presencia de gruesos tumores, determinan las interferencias funcionales inherentes a la rigidez de las cavidades torácicas, modificaciones en la posición del corazón rechazado o comprimido por el derrame pleural o por la presencia de un grueso tumor. Alteraciones que aisladamente o combinadas, llevan al enfermo a la insuficiencia circulatoria o respiratoria, antes de que las células malignas puedan extenderse muy lejos de su lugar de origen.

El endotelioma pleural, tumor maligno poco frecuente ha sido conocido desde hace muchos años con nombres que han variado conforme a los conceptos de patología general, que se han aplicado en diferentes épocas: Golgi en 1869 y Wagner 1870 le dieron el nombre de endoteliomas, nombre confirmado por los estudios de Wartman que estableció la histogénesis de estos tumores.

Fhiersch, Waldeyer y Ribbert los consideraron entre los epitelomas y para Kaufmann, son sarcomas.

Las investigaciones embriológicas de Huxley, Balfour, Lancaster y Hertwings, han orientado definitivamente el conocimiento del origen histogénético de los endoteliomas al determinar que las grandes serosas pro-

ENDOTELIOMAS DE LA PLEURA

prende el gérmen medio, precursor del mesodermo. El revestimiento se-
vienen tanto del ectodermo como del endodermo, entre los que se des-
roso de la pleura, pericardio y peritoneo, derivan del mesodermo, atra-
vés de la cavidad celómica. Las células endoteliales limitantes de los
vasos linfáticos, las de los senos de los ganglios linfáticos, de los vasos
sanguíneos y espacios subaragnóideos, provienen del mesénquima. Así
queda explicada la estructura de los diversos endoteliomas que siguen ti-
pos duales con caracteres del tejido conjuntivo o epitelial.

CLASIFICACION:

Por sus tendencias evolutivas, Ewing clasifica los endoteliomas en:

I.—PERIVASCULARES.

a).—SAMOMA.

Se forman canales pequeños sin límites precisos.

b).—PERITELIOMA.

Canales vasculares con límites precisos rodeados por células
que radian hacia afuera.

c).—PERIENDOTELIOMAS.

Células en copas concéntricas alrededor de vasos con paredes
bien limitadas.

II.—ADENOIDES.—Células cúbicas, esféricas o alargadas, implanta- das en estroma fibroso o hialino. Forman espacios glanduloides alargados.

III.—ANGIOENDOTELIOMAS.—Células endotelioides pequeñas o grandes, que forman capilares imperfectos o cavidades sinusoida- les. Formas difusas.

IV.—DIFUSOS.—Células polimorfas. Pueden formar cavidades capi- lares o sinusoidales, o masas difusas.

ETIOLOGIA.—La nova patológica más probable en los endoteli-
omas pleurales, es la irritación inflamatoria crónica, que determina el pun-

Endoteliomas de la Pleura

Por el Académico Dr. Roberto Mendiola

Los endoteliomas de la pleura, al extenderse sobre las superficies serosas e invadir los órganos torácicos, interfieren las funciones de los sistemas respiratorio y circulatorio, por graves modificaciones mecánicas y fenómenos concomitantes.

La sinfisis pleuro-pulmonar, formación de grandes derrames pleurales y presencia de gruesos tumores, determinan las interferencias funcionales inherentes a la rigidez de las cavidades torácicas, modificaciones en la posición del corazón rechazado o comprimido por el derrame pleural o por la presencia de un grueso tumor. Alteraciones que aisladamente o combinadas, llevan al enfermo a la insuficiencia circulatoria o respiratoria, antes de que las células malignas puedan extenderse muy lejos de su lugar de origen.

El endotelioma pleural, tumor maligno poco frecuente ha sido conocido desde hace muchos años con nombres que han variado conforme a los conceptos de patología general, que se han aplicado en diferentes épocas: Golgi en 1869 y Wagner 1870 le dieron el nombre de endoteliomas, nombre confirmado por los estudios de Wartman que estableció la histogénesis de estos tumores.

Fhiersch, Waldeyer y Ribbert los consideraron entre los epitelomas y para Kaufmann, son sarcomas.

Las investigaciones embriológicas de Huxley, Balfour, Lancaster y Hertwings, han orientado definitivamente el conocimiento del origen histogénético de los endoteliomas al determinar que las grandes serosas pro-

ENDOTELIOMAS DE LA PLEURA

prende el gérmen medio, precursor del mesodermo. El revestimiento se-
vienen tanto del ectodermo como del endodermo, entre los que se des-
roso de la pleura, pericardio y peritoneo, derivan del mesodermo, atra-
vés de la cavidad celómica. Las células endoteliales limitantes de los
vasos linfáticos, las de los senos de los ganglios linfáticos, de los vasos
sanguíneos y espacios subaragnóideos, provienen del mesénquima. Así
queda explicada la estructura de los diversos endoteliomas que siguen ti-
pos duales con caracteres del tejido conjuntivo o epitelial.

CLASIFICACION:

Por sus tendencias evolutivas, Ewing clasifica los endoteliomas en:

I.—PERIVASCULARES.

a).—SAMOMA.

Se forman canales pequeños sin límites precisos.

b).—PERITELIOMA.

Canales vasculares con límites precisos rodeados por células
que radian hacia afuera.

c).—PERIENDOTELIOMAS.

Células en copas concéntricas alrededor de vasos con paredes
bien limitadas.

II.—ADENOIDES.—Células cúbicas, esféricas o alargadas, implanta- das en estroma fibroso o hialino. Forman espacios glanduloides alargados.

III.—ANGIOENDOTELIOMAS.—Células endotelioides pequeñas o grandes, que forman capilares imperfectos o cavidades sinusoida- les. Formas difusas.

IV.—DIFUSOS.—Células polimorfas. Pueden formar cavidades capi- lares o sinusoidales, o masas difusas.

ETIOLOGIA.—La nova patológica más probable en los endoteli-
omas pleurales, es la irritación inflamatoria crónica, que determina el pun-

to de partida desde los espacios linfáticos subserosos. Para algunos tal vez sea una alteración embriológica. Perls, Nicolson y Glochner lo han considerado como un proceso inflamatorio crónico hiperplásico, cuya invasión sería la extensión de un germen desconocido. Esta última teoría no ha sido aceptada.

Tipos clínicos.—Los factores de la extensión neoplásica y la reacción orgánica en las cavidades serosas, determinan las formas clínicas que son tres:

- I.—Paquipleurítico con efusión pleural.
- II.—Paquipleurítico sinfisiario.
- III.—Tuberoso.

Si bien pueden darse formas simples, más frecuentemente se encuentran combinadas. En uno de los casos que reporto, se formó un gran derrame pleural izquierdo con paquipleuritis nódulos pequeños y paquipleuritis sinfisiaria derecha. En otro el pulmón izquierdo fué comprimido, toda la cavidad torácica de este lado se llenó con un gran tumor que rechazó al corazón a la derecha.

En los dos casos fue comprimida la aorta descendente.

Las hojas pleurales gruesas y endurecidas toman coloración gris amarillenta, blanca o sonrosada y se elevan sobre la superficie nódulos de extensión variable. Los senos costodiafragmáticos se llenan tomando espesor considerable. Se observan adherencias filiformes o laminosas, que en ciertos casos pueden circunscribir cavidades de volúmen variable ocupadas por el exudado pleural.

En los endoteliomas paquipleuríticos sinfisiarios se adhieren fuertemente las hojas pleurales, es imposible despegarlas y para extraer el pulmón es preciso esculpirlo con el cuchillo contra la parrilla costal. Al microscopio las capas de las pleuras con la unión intermediaria neoplásica, se ven de la periferia al centro en la siguiente forma: a).—Haces musculares y restos aponeuróticos de la pared torácica, que pueden contener linfáticos atestados de células malignas. b).—Capa fundamental parietal con tejido conjuntivo laxo infiltrado difusamente de plasmocitos y lin-

focitos. Hay vasos dilatados. c).—Capa subendotelial considerablemente engrosada por láminas conjuntivas paralelas. d).—Capa neoplásica delgada o gruesa, recta o nodular, fibrosa y resistente por las características del estroma. e).—Capa gruesa vascular y fibrosa en que se confunden las capas pleurales subendotelial y fundamental. Los vasos se encuentran en gran número y considerablemente dilatados. La infiltración neoplásica es discreta y se detiene en la misma superficie pulmonar formando nódulos superficiales.

En las formas tuberosas se encuentran elementos de las formas anteriores.

La invasión pleural amplia, total, se extiende al pericardio y aún a la pleura del lado contrario.

Las metastasis de los ganglios linfáticos del hilio pulmonar, mediastinales, cervicales o axilares, tipifican el proceso maligno que también puede extenderse al peritoneo y a las meninges. Las interferencias funcionales en los pulmones y en el corazón, producen la muerte.

El derrame pleural es copioso y reproducido rápidamente después de cada toracentesis.

En el caso de F. H. Necropsia, No. 2511, se le extrajeron 39 litros de exudado pleural en 12 meses de evolución clínica.

Estos derrames serofibrinosos y frecuentemente hemorrágicos, contienen leucocitos y macrófagos. En los casos por mí examinados no se han encontrado células malignas que permitan el diagnóstico.

Caracteres microscópicos.—El estroma, la estructura citológica y la agrupación celular, dan a los endoteliomas sus características fundamentales más o menos evidentes los caracteres citológicos hereditarios. La hipergénesis conjuntiva en el estroma de los endoteliomas pleurales da esclerosis densa, organizada con tractus o gruesas láminas en disposición alveolar o irregular. En otros casos es un plexo denso que forma cavidades pequeñas o grandes. Se constituye con fibroblastos y fibras colágenas; este puede hialinizarse y aún encontrarse degeneración mixoide.

Las células malignas voluminosas y polimorfas se ven irregularmente redondas, cúbicas, alargadas o piramidales.

El núcleo vesiculoso es redondo, de gran volumen, transparente y

to de partida desde los espacios linfáticos subserosos. Para algunos tal vez sea una alteración embriológica. Perls, Nicolson y Glochner lo han considerado como un proceso inflamatorio crónico hiperplásico, cuya invasión sería la extensión de un germen desconocido. Esta última teoría no ha sido aceptada.

Tipos clínicos.—Los factores de la extensión neoplásica y la reacción orgánica en las cavidades serosas, determinan las formas clínicas que son tres:

- I.—Paquipleurítico con efusión pleural.
- II.—Paquipleurítico sinfisiario.
- III.—Tuberoso.

Si bien pueden darse formas simples, más frecuentemente se encuentran combinadas. En uno de los casos que reporto, se formó un gran derrame pleural izquierdo con paquipleuritis nódulos pequeños y paquipleuritis sinfisiaria derecha. En otro el pulmón izquierdo fué comprimido, toda la cavidad torácica de este lado se llenó con un gran tumor que rechazó al corazón a la derecha.

En los dos casos fue comprimida la aorta descendente.

Las hojas pleurales gruesas y endurecidas toman coloración gris amarillenta, blanca o sonrosada y se elevan sobre la superficie nódulos de extensión variable. Los senos costodiafragmáticos se llenan tomando espesor considerable. Se observan adherencias filiformes o laminosas, que en ciertos casos pueden circunscribir cavidades de volúmen variable ocupadas por el exudado pleural.

En los endoteliomas paquipleuríticos sinfisiarios se adhieren fuertemente las hojas pleurales, es imposible despegarlas y para extraer el pulmón es preciso esculpirlo con el cuchillo contra la parrilla costal. Al microscópio las capas de las pleuras con la unión intermediaria neoplásica, se ven de la periferia al centro en la siguiente forma: a).—Haces musculares y restos aponeuróticos de la pared torácica, que pueden contener linfáticos atestados de células malignas. b).—Capa fundamental parietal con tejido conjuntivo laxo infiltrado difusamente de plasmocitos y lin-

focitos. Hay vasos dilatados. c).—Capa subendotelial considerablemente engrosada por láminas conjuntivas paralelas. d).—Capa neoplásica delgada o gruesa, recta o nodular, fibrosa y resistente por las características del estroma. e).—Capa gruesa vascular y fibrosa en que se confunden las capas pleurales subendotelial y fundamental. Los vasos se encuentran en gran número y considerablemente dilatados. La infiltración neoplásica es discreta y se detiene en la misma superficie pulmonar formando nódulos superficiales.

En las formas tuberosas se encuentran elementos de las formas anteriores.

La invasión pleural amplia, total, se extiende al pericardio y aún a la pleura del lado contrario.

Las metastasis de los ganglios linfáticos del hilio pulmonar, mediastinales, cervicales o axilares, tipifican el proceso maligno que también puede extenderse al peritoneo y a las meninges. Las interferencias funcionales en los pulmones y en el corazón, producen la muerte.

El derrame pleural es copioso y reproducido rápidamente después de cada toracentesis.

En el caso de F. H. Necropsia, No. 2511, se le extrajeron 39 litros de exudado pleural en 12 meses de evolución clínica.

Estos derrames serofibrinosos y frecuentemente hemorrágicos, contienen leucocitos y macrófagos. En los casos por mí examinados no se han encontrado células malignas que permitan el diagnóstico.

Caracteres microscópicos.—El estroma, la estructura citológica y la agrupación celular, dan a los endoteliomas sus características fundamentales más o menos evidentes los caracteres citológicos hereditarios. La hipergénesis conjuntiva en el estroma de los endoteliomas pleurales da esclerosis densa, organizada con tractus o gruesas láminas en disposición alveolar o irregular. En otros casos es un plexo denso que forma cavidades pequeñas o grandes. Se constituye con fibroblastos y fibras colágenas; este puede hialinizarse y aún encontrarse degeneración mixoide.

Las células malignas voluminosas y polimorfas se ven irregularmente redondas, cúbicas, alargadas o piramidales.

El núcleo vesiculoso es redondo, de gran volumen, transparente y

con granulación o retículo cromático muy escaso. El nucleolo no se ve o es muy pequeño. Citoplasma homogéneo y acidófilo.

La agrupación celular en los tipos adenoide y difuso que son las formas frecuentes del endotelioma pleural, da para el primero la formación de cavidades pseudoglanduloides, alargadas, estrechas y revestidas de células polimorfas, frecuentemente cuboides o arredondeadas, angulosas. El lumen se encuentra vacío o con escasa substancia albuminoide.

En el endotelioma difuso puede formarse retículo conjuntivo fuerte, que circunscribe cavidades pequeñas ocupadas por masas celulares o células aisladas. En otros casos las masas celulares son muy grandes, contenidas en alveolos redondos dibujados por láminas conjuntivas en las que se implantan las células malignas en masa compacta o papilar sostenida por retículo fino; entre las papilas se forman delgadas hendeduras vacías.

CASO No. I.

NECROPSIA No. 2511. SUMARIO CLINICO.

F. H. de 35 años.—Sexo masculino.—Marcada disnea de esfuerzo desde julio de 1947 y tos seca.—Admitido al Hospital Civil de Guadalajara en mayo 1948, quejándose de la misma sintomatología.—Se encontró gran derrame pleural izquierdo con desviación del mediastino.—Los síntomas mejoraban solo temporalmente con las punciones torácicas para agravarse de nuevo.—La R. de Kahn de la sangre y la investigación del M. tuberculosis en el esputo, fueron negativas.—Tuvo un curso prácticamente apirético. La desnutrición y la disnea aumentaron gradualmente y falleció el 3 de julio de 1948. En un año de evolución clínica se extrajeron 39 Lts. de líquidos serohemático de la cavidad pleural izq.

DIAGNOSTICO ANATOMICO:

Lesión anatómica que se considera causa de la muerte: Insuficiencia circulatoria central.

Alteraciones patológicas que la produjeron: Endotelioma pleural:

Paquipleurítico. Con efusión en la pleura izquierda, paquipleurítico sinfisiario en la pleura derecha.—Estructura de tipo adenoide.

Procesos patológicos concomitantes con la enfermedad principal.—Invasión del pericardio y sinfisis parcial.—Tumor del mediastino en la región superior y anterior, que determinó compresión del pedículo cardíaco.—Invasión de los gánglios linfáticos de los hilos pulmonares y del mediastino.—Nódulos neoplásicos corticales en ambos pulmones.—Nódulos neoplásicos en ambas pleuras.—Efusión serohemática de la pleura izquierda (800 c.c.) y el seno costo-diafragmático se llenó con tejido maligno.—Compresión de la aorta descendente.—Miembros inferiores edematizados.—Congestión y edema meningoencefálico.—Estasis de los vasos venosos del cuello.—Congestión pulmonar, hepática, esplénica y renal.—Descenso del hemidiafragma izquierdo.—Edema del pulmón derecho.—Atelectasia pulmonar izquierda y esclerosis intersticial con signo de neumonitis atípica crónica.

Procesos patológicos independientes de la enfermedad principal.—Esclerosis y estrechamiento del canal cístico. Hidropesía de la vesícula biliar y colecistitis.

Dr. Roberto Mendiola.

Aspecto macroscópico del tumor.—Las hojas pleurales en la cavidad derecha se han unido fuertemente constituyendo sinfisis total, por medio de un tejido blanco, compacto, semiduro, que forma capa irregular por la presencia de numerosos nódulos.—El mismo aspecto se observa entre las superficies intercostales.—Las dos hojas pleurales se han engrosado y se ven puntos rojos que corresponden a vasos dilatados en la capa pleural fundamental.—En la cavidad pleural izquierda se encontró un derrame sero-hemático en cantidad de 800 c.c. El seno costo-diafragmático se ha llenado con tejido neoplásico blanco, compacto, semiduro, que llega a tomar sobre el diafragma espesores de 3 a 8 cms.—Las hojas pleurales se ven nacarinas y gruesas, sobre ellas se ha formado una capa blanca, irregular, por la presencia de nódulos hemisféricos de 3 a 6 cms. de diámetro.—El pulmón derecho se ha retraído sobre el hilo fundido en una sola masa, con nódulos corticales de 1 a 2 cms. de diámetro. La aorta descendente se comprime cubierta por el tejido tumoral.—El pericardio ha sido invadido, se forman sinequias sobre el ventrículo izquierdo, cara anterior

con granulación o retículo cromático muy escaso. El nucleolo no se ve o es muy pequeño. Citoplasma homogéneo y acidófilo.

La agrupación celular en los tipos adenoide y difuso que son las formas frecuentes del endotelioma pleural, da para el primero la formación de cavidades pseudoglanduloides, alargadas, estrechas y revestidas de células polimorfas, frecuentemente cuboides o arredondeadas, angulosas. El lumen se encuentra vacío o con escasa substancia albuminoide.

En el endotelioma difuso puede formarse retículo conjuntivo fuerte, que circunscribe cavidades pequeñas ocupadas por masas celulares o células aisladas. En otros casos las masas celulares son muy grandes, contenidas en alveolos redondos dibujados por láminas conjuntivas en las que se implantan las células malignas en masa compacta o papilar sostenida por retículo fino; entre las papilas se forman delgadas hendeduras vacías.

CASO No. I.

NECROPSIA No. 2511. SUMARIO CLINICO.

F. H. de 35 años.—Sexo masculino.—Marcada disnea de esfuerzo desde julio de 1947 y tos seca.—Admitido al Hospital Civil de Guadalajara en mayo 1948, quejándose de la misma sintomatología.—Se encontró gran derrame pleural izquierdo con desviación del mediastino.—Los síntomas mejoraban solo temporalmente con las punciones torácicas para agravarse de nuevo.—La R. de Kahn de la sangre y la investigación del M. tuberculosis en el esputo, fueron negativas.—Tuvo un curso prácticamente apirético. La desnutrición y la disnea aumentaron gradualmente y falleció el 3 de julio de 1948. En un año de evolución clínica se extrajeron 39 Lts. de líquidos serohemático de la cavidad pleural izq.

DIAGNOSTICO ANATOMICO:

Lesión anatómica que se considera causa de la muerte: Insuficiencia circulatoria central.

Alteraciones patológicas que la produjeron: Endotelioma pleural:

Paquipleurítico. Con efusión en la pleura izquierda, paquipleurítico sinfisiario en la pleura derecha.—Estructura de tipo adenoide.

Procesos patológicos concomitantes con la enfermedad principal.—Invasión del pericardio y sinfisis parcial.—Tumor del mediastino en la región superior y anterior, que determinó compresión del pedículo cardíaco.—Invasión de los gánglios linfáticos de los hilos pulmonares y del mediastino.—Nódulos neoplásicos corticales en ambos pulmones.—Nódulos neoplásicos en ambas pleuras.—Efusión serohemática de la pleura izquierda (800 c.c.) y el seno costo-diafragmático se llenó con tejido maligno.—Compresión de la aorta descendente.—Miembros inferiores edematizados.—Congestión y edema meningoencefálico.—Estasis de los vasos venosos del cuello.—Congestión pulmonar, hepática, esplénica y renal.—Descenso del hemidiafragma izquierdo.—Edema del pulmón derecho.—Atelectasia pulmonar izquierda y esclerosis intersticial con signo de neumonitis atípica crónica.

Procesos patológicos independientes de la enfermedad principal.—Esclerosis y estrechamiento del canal cístico. Hidropesía de la vesícula biliar y colecistitis.

Dr. Roberto Mendiola.

Aspecto macroscópico del tumor.—Las hojas pleurales en la cavidad derecha se han unido fuertemente constituyendo sinfisis total, por medio de un tejido blanco, compacto, semiduro, que forma capa irregular por la presencia de numerosos nódulos.—El mismo aspecto se observa entre las superficies intercostales.—Las dos hojas pleurales se han engrosado y se ven puntos rojos que corresponden a vasos dilatados en la capa pleural fundamental.—En la cavidad pleural izquierda se encontró un derrame sero-hemático en cantidad de 800 c.c. El seno costo-diafragmático se ha llenado con tejido neoplásico blanco, compacto, semiduro, que llega a tomar sobre el diafragma espesores de 3 a 8 cms.—Las hojas pleurales se ven nacarinas y gruesas, sobre ellas se ha formado una capa blanca, irregular, por la presencia de nódulos hemisféricos de 3 a 6 cms. de diámetro.—El pulmón derecho se ha retraído sobre el hilo fundido en una sola masa, con nódulos corticales de 1 a 2 cms. de diámetro. La aorta descendente se comprime cubierta por el tejido tumoral.—El pericardio ha sido invadido, se forman sinequias sobre el ventrículo izquierdo, cara anterior

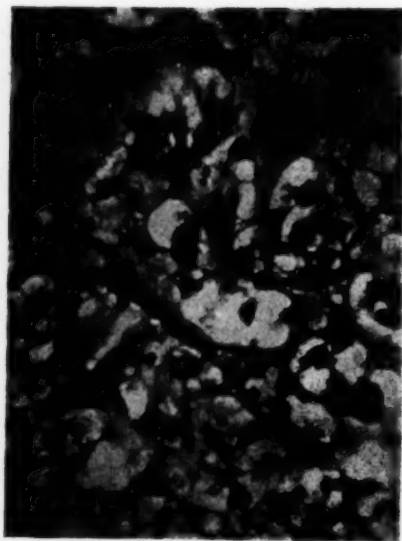
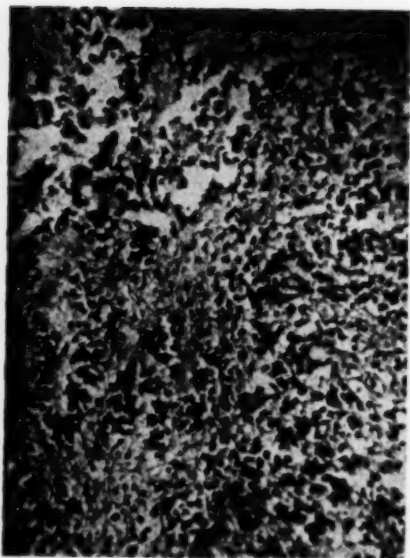


FIG. 1.

CASO NO. 1.

ENDOTELIOMA PLEURAL ADENOIDE.

Fig. 1.—Estroma reticular fino. (1 x 100).

Fig. 2.—Estroma hializado. Células
polimorfas con núcleo vesiculoso.
(1 x 500).



Fig. 3.—Estroma en fuertes láminas.—
células voluminosas irregulares, con
núcleo vesiculoso. (1 x 500).

y borde izquierdo.—En la parte más anterior y superior del mediastino anterior, hay un nódulo neoplásico, duro, compacto y blanco, alargado transversalmente. Su espesor es de 5 cms. y su longitud de 6 cms.

Citología.—En todos los lugares invadidos las lesiones malignas son idénticas. Varía un poco la arquitectura pero nó la estructura.—El estroma conjuntivo es fibroso fuertemente organizado en láminas y gruesos tractus que dibujan espacios alargados o en alveolos pequeños revestidos por las células malignas. En algunos lugares del estroma es reticular, fino y sus pequeños huecos se llenan con células aisladas, en pequeños redondos, en trabéculas cortas o en cavidades glanduloides.

El estroma contiene fibroblastos y haces colágenos bien formados, con raros y pequeños focos de infiltración plasmolinfocitaria. También se encuentran zonas en completa hialinosis.

Las células malignas revisten en una sola fila o irregularmente poliestratificadas, las cavidades del estroma y se forma lúmen glanduloide vacío.—Atipia y polimorfismo son características constantes de las células neoplásicas. Su volúmen varía en amplios límites, pero en general dominan los elementos voluminosos. Su forma es irregularmente cúbica o redonda; algunas células se ven piriformes o en huso.—Núcleo vesiculoso transparente, con grumos cromáticos o finas trabéculas. Es raro observar el nucleolo. Citoplasma escaso y acidófilo.

En la sinfisis paquipleurítica derecha, el examen topográfico permite observar la siguiente serie de modificaciones: a).—Haces musculares y restos aponeuróticos de la pared costal. b).—Capa fundamental de la pleura parietal, con tejido conjuntivo laxo, infiltrado difusamente de plasmocitos, linfocitos y algunos macrófagos. c).—Capa subendotelial modificada por esclerosis densa. d).—Tejido del endotelioma. e).—Las capas subendotelial y fundamental viscerales, se encuentran con invasión neoplásica discreta y la última contiene numerosos vasos sanguíneos dilatados. Los nódulos neoplásicos de la pleura y de la superficie pulmonar tienen la estructura ya descrita.

CONCLUSIONES:

- 1a.—Endotelioma pleural: paquipleurítico con derrame en el lado izquierdo, paquipleurítico sinfisiario en la pleura derecha.
- 2a.—Histológicamente de tipo adenoide.

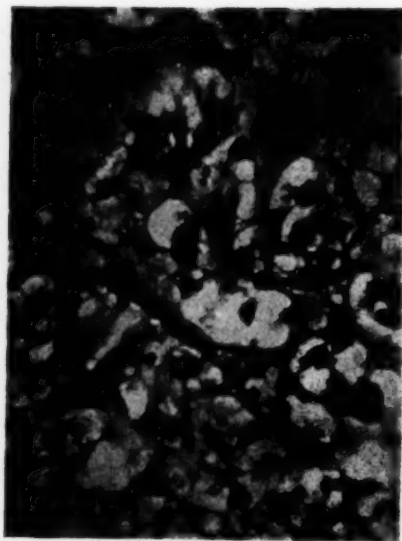
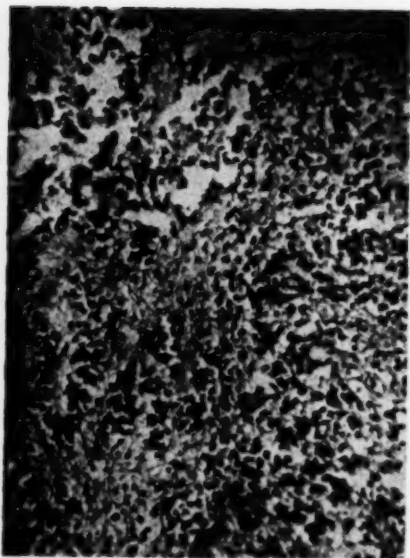


FIG. 1.

CASO NO. 1.

ENDOTELIOMA PLEURAL ADENOIDE.

Fig. 1.—Estroma reticular fino. (1 x 100).

Fig. 2.—Estroma hializado. Células
polimorfas con núcleo vesiculoso.
(1 x 500).



Fig. 3.—Estroma en fuertes láminas.—
células voluminosas irregulares, con
núcleo vesiculoso. (1 x 500).

y borde izquierdo.—En la parte más anterior y superior del mediastino anterior, hay un nódulo neoplásico, duro, compacto y blanco, alargado transversalmente. Su espesor es de 5 cms. y su longitud de 6 cms.

Citología.—En todos los lugares invadidos las lesiones malignas son idénticas. Varía un poco la arquitectura pero nó la estructura.—El estroma conjuntivo es fibroso fuertemente organizado en láminas y gruesos tractus que dibujan espacios alargados o en alveolos pequeños revestidos por las células malignas. En algunos lugares del estroma es reticular, fino y sus pequeños huecos se llenan con células aisladas, en pequeños redondos, en trabéculas cortas o en cavidades glanduloides.

El estroma contiene fibroblastos y haces colágenos bien formados, con raros y pequeños focos de infiltración plasmolinfocitaria. También se encuentran zonas en completa hialinosis.

Las células malignas revisten en una sola fila o irregularmente poliestratificadas, las cavidades del estroma y se forma lúmen glanduloide vacío.—Atipia y polimorfismo son características constantes de las células neoplásicas. Su volúmen varía en amplios límites, pero en general dominan los elementos voluminosos. Su forma es irregularmente cúbica o redonda; algunas células se ven piriformes o en huso.—Núcleo vesiculoso transparente, con grumos cromáticos o finas trabéculas. Es raro observar el nucleolo. Citoplasma escaso y acidófilo.

En la sínfisis paquipleurítica derecha, el examen topográfico permite observar la siguiente serie de modificaciones: a).—Haces musculares y restos aponeuróticos de la pared costal. b).—Capa fundamental de la pleura parietal, con tejido conjuntivo laxo, infiltrado difusamente de plasmocitos, linfocitos y algunos macrófagos. c).—Capa subendotelial modificada por esclerosis densa. d).—Tejido del endotelioma. e).—Las capas subendotelial y fundamental viscerales, se encuentran con invasión neoplásica discreta y la última contiene numerosos vasos sanguíneos dilatados. Los nódulos neoplásicos de la pleura y de la superficie pulmonar tienen la estructura ya descrita.

CONCLUSIONES:

- 1a.—Endotelioma pleural: paquipleurítico con derrame en el lado izquierdo, paquipleurítico sinfisiario en la pleura derecha.
- 2a.—Histológicamente de tipo adenoide.



Fig. 4.—Endoteliuma tuberoso de la pleura izquierda.—Histológicamente de tipo difuso.

NECROPSIA NO. 2481.

FIG. No. 4.

A.—Pulmón derecho y corazón.

B.—Lengua.

C.—Tumor sin corteza pleural.

D.—Corteza pleural parietal.

FIG. No. 5.

Ha sido rechazada hacia afuera la zona "D", para mostrar la cavidad necrótica central.

FIG. No. 6.

A.—Tumor con su cavidad central.

B.—Lengua.

C.—Corazón y pulmón derecho.

D.—Tráquea.

E.—Pulmón izquierdo.



ENDOTELIOMAS DE LA PLEURA

C A S O No. II.

NECROPSIA No. 2482.

...*Sumario Clínico.*—M. R. M.—Sexo femenino.—De 28 años.—Ingresó al Hospital Civil el 25 de febrero de 1948, quejándose de disnea y de tos.—Desde el 25 de diciembre de 1947 tiene esos síntomas, que fueron consecutivos a una "gripa" (?). Antes de su ingreso al Hospital le practicaron una punción pleural habiendo extraído 2.000 c.c. de líquido amarillento.—Sus síntomas le persistieron acompañándose de alzas irregulares de la temperatura y de cefálea, disnea progresiva que mejoró solo temporalmente por punciones pleurales evacuadoras.—Falleció el 15 de mayo de 1948.

DIAGNOSTICO CLINICO: *Cáncer del pulmón.*

NECROPSIA No. 2482. DIAGNOSTICO ANATOMICO:

Lesión anatómica que se considera causa de la muerte.—Bloqueo circulatorio por torcimiento a la derecha del corazón y del pedículo cardíaco.—Hemorragias submeningéas difusas, edema y congestión meningocefálica.

Alteraciones patológicas que la produjeron:—Endotelioma tuberoso que llenó toda la cavidad pleural izquierda, rechazó el mediastino a la derecha y determinó el torcimiento del pedículo cardíaco. (Histológicamente de tipo difuso y adenoide).

Procesos patológicos concomitantes con la enfermedad principal:—Exceso de líquido cefalo-raquídeo, éstasis de los vasos venosos del cuello.—Congestión pulmonar derecha.—*Paquipleuritis y sinfisis total pleural derecha.*—*Neumonía intersticial atípica derecha difusa.*—Compresión del pulmón izquierdo, atelectasia pulmonar.—*Neumonía intersticial difusa atípica izquierda.*—Compresión de la aorta descendente torácica.—Endotelioma difuso de la pleura izquierda que midió 32 cms. longitudinalmente y en sentido transversal 25 cms.—En la parte central se ha excavado



Fig. 4.—Endoteliuma tuberoso de la pleura izquierda.—Histológicamente de tipo difuso.

NECROPSIA NO. 2481.

FIG. No. 4.

A.—Pulmón derecho y corazón.

B.—Lengua.

C.—Tumor sin corteza pleural.

D.—Corteza pleural parietal.

FIG. No. 5.

Ha sido rechazada hacia afuera la zona "D", para mostrar la cavidad necrótica central.

FIG. No. 6.

A.—Tumor con su cavidad central.

B.—Lengua.

C.—Corazón y pulmón derecho.

D.—Tráquea.

E.—Pulmón izquierdo.



ENDOTELIOMAS DE LA PLEURA

C A S O No. II.

NECROPSIA No. 2482.

...*Sumario Clínico.*—M. R. M.—Sexo femenino.—De 28 años.—Ingresó al Hospital Civil el 25 de febrero de 1948, quejándose de disnea y de tos.—Desde el 25 de diciembre de 1947 tiene esos síntomas, que fueron consecutivos a una "gripa" (?). Antes de su ingreso al Hospital le practicaron una punción pleural habiendo extraído 2.000 c.c. de líquido amarillento.—Sus síntomas le persistieron acompañándose de alzas irregulares de la temperatura y de cefálea, disnea progresiva que mejoró solo temporalmente por punciones pleurales evacuadoras.—Falleció el 15 de mayo de 1948.

DIAGNOSTICO CLINICO: *Cáncer del pulmón.*

NECROPSIA No. 2482. DIAGNOSTICO ANATOMICO:

Lesión anatómica que se considera causa de la muerte.—Bloqueo circulatorio por torcimiento a la derecha del corazón y del pedículo cardíaco.—Hemorragias submeningéas difusas, edema y congestión meningocefálica.

Alteraciones patológicas que la produjeron:—Endotelioma tuberoso que llenó toda la cavidad pleural izquierda, rechazó el mediastino a la derecha y determinó el torcimiento del pedículo cardíaco. (Histológicamente de tipo difuso y adenoide).

Procesos patológicos concomitantes con la enfermedad principal:—Exceso de líquido cefalo-raquídeo, éstasis de los vasos venosos del cuello.—Congestión pulmonar derecha.—*Paquipleuritis y sinfisis total pleural derecha.*—*Neumonía intersticial atípica derecha difusa.*—Compresión del pulmón izquierdo, atelectasia pulmonar.—*Neumonía intersticial difusa atípica izquierda.*—Compresión de la aorta descendente torácica.—Endotelioma difuso de la pleura izquierda que midió 32 cms. longitudinalmente y en sentido transversal 25 cms.—En la parte central se ha excavado

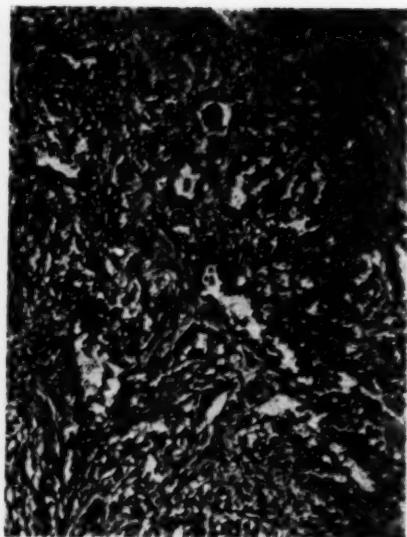
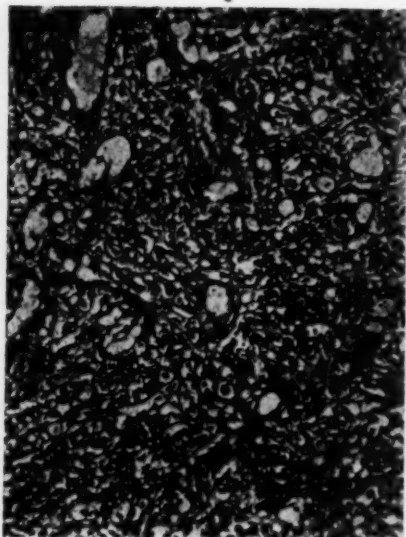
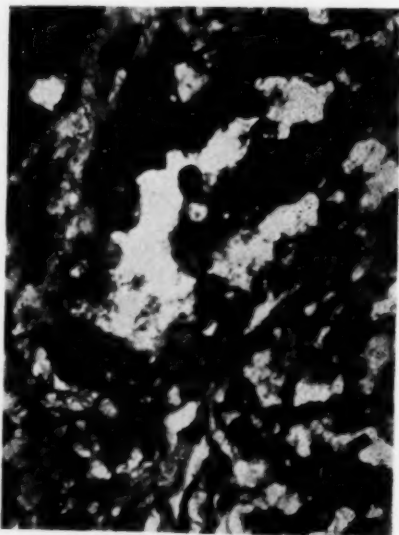


FIG No. 7.
(1 x 100).

CARCINOMA DIFUSO DE LA
PLEURA.

*Fig. 7.—Predomina la forma difusa con
vaga estructura glanduloide y estroma
reticular.*

*Fig. 8.—Algunas zonas exhiben estruc-
tura glanduloide con estroma más abun-
dante y denso.*



*Fig. 9.—(1 x 100). Las gruesas células
muestran su núcleo vesiculoso y el pro-
toplasma escaso.*

una cavidad irregular de 12 cms. de diámetro, que contiene líquido pultáceo filante (esta cavidad fué puncionada y de ella se extrajeron considerables cantidades de líquido filante amarillento).—Descenso del hemidiafragma izquierdo.—Dilatación del estómago.—Cistitis purulenta.—Tumefacción turbia del riñón y del hígado.

Dr. Roberto Mendiola.

Caracteres macroscópicos del tumor:—El tumor tiene 32 cms. de longitud y transversalmente mide 25. Consistencia blanda. Color blanco con zonas rojizas.—En la zona central se ha excavado una cavidad de unos 12 cms. de diámetro, que contiene líquido pultáceo.—En el plano de sección se ven zonas gelatinosas que forman vesículas irregulares con diámetros variables entre 1 y 3 cms.—La superficie externa se adhiere fuertemente a las hojas pleurales, engrosadas y nacarinas; y el tumor queda perfectamente unido a la pleura visceral, comprimiendo y rechazando el pulmón izquierdo, a la hoja pleural parietal costal y a la correspondiente al diafragma.—No se encontraron metástasis neoplásicas.

Caracteres citológicos.—El estroma dibuja amplios espacios redondos o alargados, de extensión variable, con láminas conjuntivas gruesas; desde éstas parte retículo conjuntivo fino, que termina implantándose en un vaso sanguíneo colocado en el centro del espacio o *alveolo*.—Las láminas del estroma tienen vasitos sanguíneos, el colágeno se ha hialinizado y los fibroblastos son escasos o faltan por completo. Entre las láminas conjuntivas se infiltran numerosos plasmocitos, pocos linfocitos y algunos macrófagos que suelen contener granos de carbón. Estos últimos emigraron desde el pulmón.—Las células malignas se implantan sobre las láminas gruesas, así como en los filamentos del retículo, dibujando espacios alargados e irregulares, ocupados por substancia mixoide. El conjunto dá esbozo de arquitectura glanduloide. También se encuentran masas celulares gruesas sin esbozo de lúmen.

En otros lugares el estroma es más denso y amplio, se excavan cavidades alargadas revestidas de células neoplásicas, cuboides o irregularmente redondas, cuyo aspecto glanduloide es más evidente.

Las células malignas tienen gran volúmen, son asimétricas, irregularmente redondas o cuboideas en los lugares más diferenciados. Los gru-

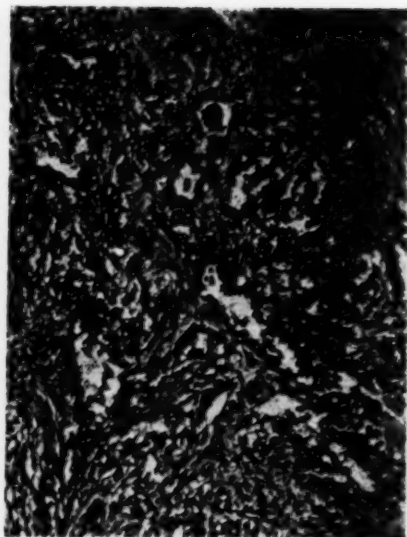
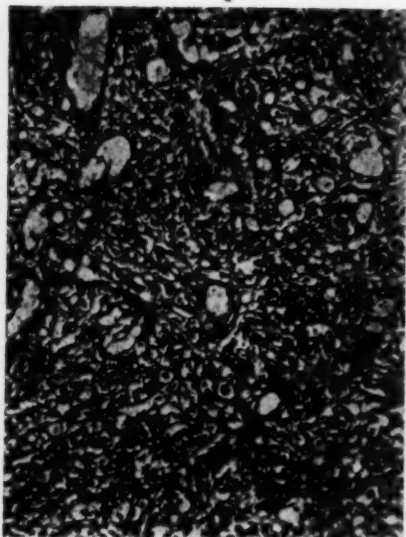
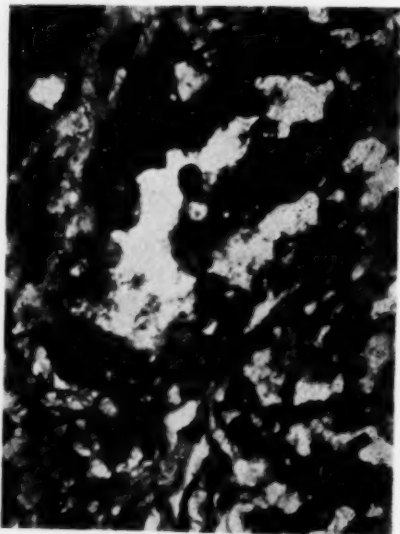


FIG No. 7.
(1 x 100).

CARCINOMA DIFUSO DE LA
PLEURA.

*Fig. 7.—Predomina la forma difusa con
vaga estructura glanduloide y estroma
reticular.*

*Fig. 8.—Algunas zonas exhiben estruc-
tura glanduloide con estroma más abun-
dante y denso.*



*Fig. 9.—(1 x 100). Las gruesas células
muestran su núcleo vesiculoso y el pro-
toplasma escaso.*

una cavidad irregular de 12 cms. de diámetro, que contiene líquido pultáceo filante (esta cavidad fué puncionada y de ella se extrajeron considerables cantidades de líquido filante amarillento).—Descenso del hemidiafragma izquierdo.—Dilatación del estómago.—Cistitis purulenta.—Tumefacción turbia del riñón y del hígado.

Dr. Roberto Mendiola.

Caracteres macroscópicos del tumor:—El tumor tiene 32 cms. de longitud y transversalmente mide 25. Consistencia blanda. Color blanco con zonas rojizas.—En la zona central se ha excavado una cavidad de unos 12 cms. de diámetro, que contiene líquido pultáceo.—En el plano de sección se ven zonas gelatinosas que forman vesículas irregulares con diámetros variables entre 1 y 3 cms.—La superficie externa se adhiere fuertemente a las hojas pleurales, engrosadas y nacarinas; y el tumor queda perfectamente unido a la pleura visceral, comprimiendo y rechazando el pulmón izquierdo, a la hoja pleural parietal costal y a la correspondiente al diafragma.—No se encontraron metástasis neoplásicas.

Caracteres citológicos.—El estroma dibuja amplios espacios redondos o alargados, de extensión variable, con láminas conjuntivas gruesas; desde éstas parte retículo conjuntivo fino, que termina implantándose en un vaso sanguíneo colocado en el centro del espacio o *alveolo*.—Las láminas del estroma tienen vasitos sanguíneos, el colágeno se ha hialinizado y los fibroblastos son escasos o faltan por completo. Entre las láminas conjuntivas se infiltran numerosos plasmocitos, pocos linfocitos y algunos macrófagos que suelen contener granos de carbón. Estos últimos emigraron desde el pulmón.—Las células malignas se implantan sobre las láminas gruesas, así como en los filamentos del retículo, dibujando espacios alargados e irregulares, ocupados por substancia mixoide. El conjunto dá esbozo de arquitectura glanduloide. También se encuentran masas celulares gruesas sin esbozo de lumen.

En otros lugares el estroma es más denso y amplio, se excavan cavidades alargadas revestidas de células neoplásicas, cuboides o irregularmente redondas, cuyo aspecto glanduloide es más evidente.

Las células malignas tienen gran volúmen, son asimétricas, irregularmente redondas o cuboideas en los lugares más diferenciados. Los gru-

pos o filas de células no tienen límites precisos y parece confundirse su protoplasma en plasmodios. Núcleo redondo, vesiculoso y voluminoso, con cromatina escasa en granulación fina o en trabéculas delgadas y escasas. Sólo se dividen por división directa, simple o por gemación. El citoplasma es poco abundante, homogéneo y ligeramente basófilo.

Las necrosis focales se encuentran en degeneración mixoide.

CONCLUSIONES:

- 1a.—Endotelioma pleural difuso y adenoide.
- 2a.—La anaplasia celular es muy alta y sin embargo no hay metástasis fuera de la cavidad pleural izquierda.
- 3a.—La zona central del tumor en necrosis. Contenía líquido amarillo y filante, que fué vaciado varias veces durante la vida del enfermo. (La cantidad total fué de varios litros). Se confundió con derrame pleural: en el momento de la necropsia había una cavidad de 12 cms. de diámetro, que contenía líquido amarillo y substancia pultácea de la desintegración del neoplasma.

SUMARIO:

Los endoteliomas pleurales son neoplasmas malignos poco frecuentes, quizá su casuística aumente si se investigan sistemáticamente las lesiones pleurales.

Las lesiones inflamatorias crónicas de la pleura determinan su desarrollo, que se inicia en los espacios linfáticos subpleurales y por lo tanto del mesénquima.

Su imagen histológica tiene características tanto epiteliales como mesenquimatosas y dan formas adenoides y difusas. Por sus tipos anatómicos se clasifican en: a).—Paquipleurítico con efusión pleural. b).—Paquipleurítico sinfisiario. c).—Tuberoso.

Frecuentemente se combinan las tres. Producen la muerte por interferencias mecánicas en los aparatos circulatorio y respiratorio. Ampliamente extendidos en las hojas pleurales, sus metástasis inmediatas o remotas, faltan o son mínimas a pesar de su marcada anaplasia, dado que el sujeto sucumbe en un año o menos de evolución clínica, en relación con las interferencias mecánicas circulatorias y respiratorias.

Los casos observados y que reporto en este trabajo, se encontraban en la edad media de la vida.

NEO-VINA



NEO-VINA EN TODAS SUS FORMAS PARA TODAS LAS FORMAS DE GRIPE

pos o filas de células no tienen límites precisos y parece confundirse su protoplasma en plasmodios. Núcleo redondo, vesiculoso y voluminoso, con cromatina escasa en granulación fina o en trabéculas delgadas y escasas. Sólo se dividen por división directa, simple o por gemación. El citoplasma es poco abundante, homogéneo y ligeramente basófilo.

Las necrosis focales se encuentran en degeneración mixoide.

CONCLUSIONES:

- 1a.—Endotelioma pleural difuso y adenoide.
- 2a.—La anaplasia celular es muy alta y sin embargo no hay metástasis fuera de la cavidad pleural izquierda.
- 3a.—La zona central del tumor en necrosis. Contenía líquido amarillo y filante, que fué vaciado varias veces durante la vida del enfermo. (La cantidad total fué de varios litros). Se confundió con derrame pleural: en el momento de la necropsia había una cavidad de 12 cms. de diámetro, que contenía líquido amarillo y substancia pultácea de la desintegración del neoplasma.

SUMARIO:

Los endoteliomas pleurales son neoplasmas malignos poco frecuentes, quizá su casuística aumente si se investigan sistemáticamente las lesiones pleurales.

Las lesiones inflamatorias crónicas de la pleura determinan su desarrollo, que se inicia en los espacios linfáticos subpleurales y por lo tanto del mesénquima.

Su imagen histológica tiene características tanto epiteliales como mesenquimatosas y dan formas adenoides y difusas. Por sus tipos anatómicos se clasifican en: a).—Paquipleurítico con efusión pleural. b).—Paquipleurítico sinfisiario. c).—Tuberoso.

Frecuentemente se combinan las tres. Producen la muerte por interferencias mecánicas en los aparatos circulatorio y respiratorio. Ampliamente extendidos en las hojas pleurales, sus metástasis inmediatas o remotas, faltan o son mínimas a pesar de su marcada anaplasia, dado que el sujeto sucumbe en un año o menos de evolución clínica, en relación con las interferencias mecánicas circulatorias y respiratorias.

Los casos observados y que reporto en este trabajo, se encontraban en la edad media de la vida.

NEO-VINA



NEO-VINA EN TODAS SUS FORMAS PARA TODAS LAS FORMAS DE GRIPE

NEO-VIA



NEO-VIA

EDITORIALES

La Cirugía Francesa y la Mexicana

La visita que hizo a la Academia el Doctor Jacques Miallet ha sido muy importante y oportuna porque servirá señaladamente para fortalecer los cordiales lazos que las unen. Valen para ello la distinguida personalidad del Doctor Miallet, su firme y entusiasta propósito de trabajar y hacer trabajar por el ideal latino, factor de importancia básica en la cultura universal. Entre la cirugía mexicana y la francesa existen marcadas similitudes derivadas de las raciales y origen cultural; en ambas hay la misma inquietud filosófica, agilidad intelectual y participación de la emoción en la labor.

El fenómeno importante que debe estudiarse es el que anteriormente, hasta antes de la última guerra mundial, sus relaciones eran muy estrechas; posteriormente se aflojaron por razones materiales y políticas; el aislamiento y la menor frecuencia de visitas a México de personalidades quirúrgicas francesas, el incremento extraordinario de la cirugía norteamericana que ha polarizado la atención mundial y el progreso editorial de la medicina en español que ha substituído básicamente a la francesa.

Ahora existe facilidad para nueva más íntima comunión, debida a las mayores facilidades de comunicación. Ambos, mexicanos y franceses debemos colaborar con intensidad y

NEO-VIA



NEO-VIA

EDITORIALES

La Cirugía Francesa y la Mexicana

La visita que hizo a la Academia el Doctor Jacques Miallet ha sido muy importante y oportuna porque servirá señaladamente para fortalecer los cordiales lazos que las unen. Valen para ello la distinguida personalidad del Doctor Miallet, su firme y entusiasta propósito de trabajar y hacer trabajar por el ideal latino, factor de importancia básica en la cultura universal. Entre la cirugía mexicana y la francesa existen marcadas similitudes derivadas de las raciales y origen cultural; en ambas hay la misma inquietud filosófica, agilidad intelectual y participación de la emoción en la labor.

El fenómeno importante que debe estudiarse es el que anteriormente, hasta antes de la última guerra mundial, sus relaciones eran muy estrechas; posteriormente se aflojaron por razones materiales y políticas; el aislamiento y la menor frecuencia de visitas a México de personalidades quirúrgicas francesas, el incremento extraordinario de la cirugía norteamericana que ha polarizado la atención mundial y el progreso editorial de la medicina en español que ha substituído básicamente a la francesa.

Ahora existe facilidad para nueva más íntima comunión, debida a las mayores facilidades de comunicación. Ambos, mexicanos y franceses debemos colaborar con intensidad y

constancia; los primeros llamando la atención de la juventud sobre el ideal latino y la importancia y valor de la cirugía francesa. estimulando y ayudando al estudio de los trabajos franceses de la manera más práctica posible: un medio es la proyección en la pantalla de las aulas de trabajos quirúrgicos franceses pertinentes para hacer su lectura y traducción comentando su contenido, lográndose la demostración de la facilidad de la lectura, la importancia de los trabajos y más tarde el interés y nueva simpatía por la cirugía francesa. El estímulo de los viajes, especialmente entre los estudiantes y los médicos jóvenes. Por su parte, quisiéramos que los cirujanos franceses hagan más frecuentes visitas de la calidad del Doctor Miallaret, que se intensifique en Francia el estudio del Español y particularmente que el estudiante de medicina se acostumbre a traducir español; quisiéramos que nuestros trabajos sean publicados en Francia (labor que está iniciando brillantemente el Doctor Miallaret), que algunos de nuestros libros sean traducidos al francés y que la bibliografía de los trabajos franceses esté completa con la de los trabajos mexicanos; esto nos estimula, nos hace justicia y nos produce gratitud.

Hay muchos medios más en esta labor de fraternidad y de amor; algunas de las que nos parecen más eficaces y por la que hemos trabajado con fruto es la designación recíproca de correspondientes extranjeros en las Academias: encargados de sostener y cultivar especialmente las ligas científicas. El funcionamiento de la casa del estudiante y del médico en las ciudades universitarias respectivas es otro de los medios entre los muy numerosos que lograrán para bien de la humanidad, mayor fuerza creadora de la cirugía latina.

LA CIRUGIA PLASTICA EN LA ACADEMIA.

El desarrollo que ha alcanzado la Cirugía Plástica como especialidad quirúrgica ha sido considerada como suficiente para asignarle dentro de la Academia una sección especial.

Esta Cirugía, de importancia para el cirujano general y para muchas especialidades (ginecología, estomatología y esofagología, traumatología, etc.) posee ciertos principios especiales y técnicas nuevas o adaptadas que le han proporcionado personalidad cuya exaltación conviene hacer para facilitar su progreso y defenderla de los vicios o errores en los que pueda caer. Algunas de sus ramas, como la reconstructora, postraumática, es de una importancia tan antiguamente conocida que forma elemento mismo de la cirugía general; de igual importancia y valor quirúrgico es la que se ocupa del tratamiento de las malconformaciones, de las deformaciones postinfecciosas y aquella en que la forma está ligada a la función. Al lado de éstas hay otras ramas que pueden ser de menor importancia o valor y cuya ejecución debe ser decidida con criterio estricta y celosamente moral y casi siempre de excepción, la cirugía estética; es en este terreno donde la vanidad o el capricho de los clientes o el deseo de trabajo o de lucro de los cirujanos pueden disfrazarse justificando la cirugía con razones sociales, surgiendo la necesidad de cirujanos plásticos con firme ética profesional: La Academia de Cirugía sabe de la importancia de la Cirugía Plástica y que hay especialistas que la aman de veras y de otros muchos, mal llamados o indignamente llamados cirujanos plásticos, que casi no hacen más que explotar la vanidad, lucrar y manchar a la ciencia. Fué natural llamar a los primeros para alentarlos y ayudarlos en esa labor de purificación a la que están firmemente comprometidos.

Antes de su elección, la Asamblea General aceptó por unanimidad la siguiente proposición presentada por los Dres. Aguilar Alvarez y López Esnaurrizar: "Con motivo del próximo funcionamiento de la Sección de Cirugía Plástica de la Academia proponemos que se haga una declaración en el sentido de que se busque la dignificación y moralización de la Cirugía Plástica Mexicana la que deberá ejecutarse siempre dentro de las normas éticas, proscribiéndose, en consecuen-

constancia; los primeros llamando la atención de la juventud sobre el ideal latino y la importancia y valor de la cirugía francesa, estimulando y ayudando al estudio de los trabajos franceses de la manera más práctica posible: un medio es la proyección en la pantalla de las aulas de trabajos quirúrgicos franceses pertinentes para hacer su lectura y traducción comentando su contenido, lográndose la demostración de la facilidad de la lectura, la importancia de los trabajos y más tarde el interés y nueva simpatía por la cirugía francesa. El estímulo de los viajes, especialmente entre los estudiantes y los médicos jóvenes. Por su parte, quisiéramos que los cirujanos franceses hagan más frecuentes visitas de la calidad del Doctor Miallaret, que se intensifique en Francia el estudio del Español y particularmente que el estudiante de medicina se acostumbre a traducir español; quisiéramos que nuestros trabajos sean publicados en Francia (labor que está iniciando brillantemente el Doctor Miallaret), que algunos de nuestros libros sean traducidos al francés y que la bibliografía de los trabajos franceses esté completa con la de los trabajos mexicanos; esto nos estimula, nos hace justicia y nos produce gratitud.

Hay muchos medios más en esta labor de fraternidad y de amor; algunas de las que nos parecen más eficaces y por la que hemos trabajado con fruto es la designación recíproca de correspondientes extranjeros en las Academias: encargados de sostener y cultivar especialmente las ligas científicas. El funcionamiento de la casa del estudiante y del médico en las ciudades universitarias respectivas es otro de los medios entre los muy numerosos que lograrán, para bien de la humanidad, mayor fuerza creadora de la cirugía latina.

LA CIRUGIA PLASTICA EN LA ACADEMIA.

El desarrollo que ha alcanzado la Cirugía Plástica como especialidad quirúrgica ha sido considerada como suficiente para asignarle dentro de la Academia una sección especial.

Esta Cirugía, de importancia para el cirujano general y para muchas especialidades (ginecología, estomatología y esofagología, traumatología, etc.) posee ciertos principios especiales y técnicas nuevas o adaptadas que le han proporcionado personalidad cuya exaltación conviene hacer para facilitar su progreso y defenderla de los vicios o errores en los que pueda caer. Algunas de sus ramas, como la reconstructora, postraumática, es de una importancia tan antiguamente conocida que forma elemento mismo de la cirugía general; de igual importancia y valor quirúrgico es la que se ocupa del tratamiento de las malconformaciones, de las deformaciones postinfecciosas y aquella en que la forma está ligada a la función. Al lado de éstas hay otras ramas que pueden ser de menor importancia o valor y cuya ejecución debe ser decidida con criterio estricta y celosamente moral y casi siempre de excepción, la cirugía estética; es en este terreno donde la vanidad o el capricho de los clientes o el deseo de trabajo o de lucro de los cirujanos pueden disfrazarse justificando la cirugía con razones sociales, surgiendo la necesidad de cirujanos plásticos con firme ética profesional: La Academia de Cirugía sabe de la importancia de la Cirugía Plástica y que hay especialistas que la aman de veras y de otros muchos, mal llamados o indignamente llamados cirujanos plásticos, que casi no hacen más que explotar la vanidad, lucrar y manchar a la ciencia. Fué natural llamar a los primeros para alentarlos y ayudarlos en esa labor de purificación a la que están firmemente comprometidos.

Antes de su elección, la Asamblea General aceptó por unanimidad la siguiente proposición presentada por los Dres. Aguilar Alvarez y López Esnaurrizar: "Con motivo del próximo funcionamiento de la Sección de Cirugía Plástica de la Academia proponemos que se haga una declaración en el sentido de que se busque la dignificación y moralización de la Cirugía Plástica Mexicana la que deberá ejecutarse siempre dentro de las normas éticas, proscribiéndose, en consecuen-

cia. la cirugía estética por vanidad (o "cosmética). Dado que los solicitantes a ocupar el Sillón están animados a estos propósitos, proponemos que se les participe que contarán para el objeto con el apoyo de los Académicos".

Cremos que la Academia de Cirugía ha actuado con el mayor acierto y que todo está preparado para que la Cirugía Plástica brille con honor y mérito dentro de la misma. ¡Que sea bienvenido nuestro primer Cirujano Plástico Académico y que su labor honre a la Academia!

EL DECALOGO DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL.

Con relación a la Seguridad Social y a la Medicina Socializada apoyado por el Colegio Internacional de Cirujanos.

1.—El servicio social debe ser solamente para aquellas personas que estén incapacitadas para hacer por su propia cuenta los arreglos necesarios para su atención médica.

2.—El Seguro Social y las sociedades de servicios médicos deben estar abiertas para la participación de cualquier médico titulado y ningún médico debe ser obligado a participar cuando no desea hacerlo.

3.—El médico debe tener libertad para escoger el lugar y tipo de su práctica.

4.—El paciente debe tener libertad para elegir su médico y el médico debe tener libertad para seleccionar sus pacientes excepto en casos de urgencia o humanitarismo.

5.—La libertad de escoger hospital es un derecho que el paciente debe poseer.

6.—Ninguna restricción de medicamentos o métodos de

tratamiento recomendados por el médico debe ser tolerada excepto en caso de abuso.

7.—No deberá haber intervención de una tercera persona entre médico y enfermo.

8.—Cuando haya vigilancia o dirección del servicio médico esto debe ser hecho por médicos.

9.—No debe haber ninguna explotación del médico, de los servicios del médico o del público por ninguna persona u organización.

10.—No es de interés público que el médico trabaje con tiempo completo como servidor del Gobierno o de los seguros sociales.

11.—La remuneración por servicios médicos no debe depender directa o indirectamente de las condiciones financieras de las organizaciones del Seguro.

12.—La profesión médica debe estar propiamente representada en todo cuerpo oficial que se ocupe de cuidados médicos.

cia. la cirugía estética por vanidad (o "cosmética). Dado que los solicitantes a ocupar el Sillón están animados a estos propósitos, proponemos que se les participe que contarán para el objeto con el apoyo de los Académicos".

Cremos que la Academia de Cirugía ha actuado con el mayor acierto y que todo está preparado para que la Cirugía Plástica brille con honor y mérito dentro de la misma. ¡Que sea bienvenido nuestro primer Cirujano Plástico Académico y que su labor honre a la Academia!

EL DECALOGO DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL.

Con relación a la Seguridad Social y a la Medicina Socializada apoyado por el Colegio Internacional de Cirujanos.

1.—El servicio social debe ser solamente para aquellas personas que estén incapacitadas para hacer por su propia cuenta los arreglos necesarios para su atención médica.

2.—El Seguro Social y las sociedades de servicios médicos deben estar abiertas para la participación de cualquier médico titulado y ningún médico debe ser obligado a participar cuando no desea hacerlo.

3.—El médico debe tener libertad para escoger el lugar y tipo de su práctica.

4.—El paciente debe tener libertad para elegir su médico y el médico debe tener libertad para seleccionar sus pacientes excepto en casos de urgencia o humanitarismo.

5.—La libertad de escoger hospital es un derecho que el paciente debe poseer.

6.—Ninguna restricción de medicamentos o métodos de

tratamiento recomendados por el médico debe ser tolerada excepto en caso de abuso.

7.—No deberá haber intervención de una tercera persona entre médico y enfermo.

8.—Cuando haya vigilancia o dirección del servicio médico esto debe ser hecho por médicos.

9.—No debe haber ninguna explotación del médico, de los servicios del médico o del público por ninguna persona u organización.

10.—No es de interés público que el médico trabaje con tiempo completo como servidor del Gobierno o de los seguros sociales.

11.—La remuneración por servicios médicos no debe depender directa o indirectamente de las condiciones financieras de las organizaciones del Seguro.

12.—La profesión médica debe estar propiamente representada en todo cuerpo oficial que se ocupe de cuidados médicos.

NOTICIAS

Visita del Dr. Jacques Miallaret.

El muy distinguido cirujano, miembro de la Academia de Cirugía de París, Presidente de la Sección Mexicana de La Asociación de Relaciones Culturales de la Escuela de Medicina de París ha hecho muy importante visita, tanto desde el punto de vista científico cuanto porque ha venido a avivar la llama del pensamiento médico francés en la Cirugía mexicana. Dotado de grandes cualidades y con entusiasmo que contagia, hizo una labor muy fecunda que toca a todos, mexicanos y franceses tratar de secundar con vigor.

Congreso del Colegio Internacional de Cirujanos.

Con notable éxito se efectuó el Congreso de Buenos Aires; tanto desde el punto de vista científico, por la calidad y número de trabajos, cuanto en lo social e internacional constituyó un evento de excepcional importancia. Asistió como delegado mexicano e invitado de honor el Académico fundador Dr. Manuel A. Manzanilla.

Carta del Prof. René Fontaine.

El famoso y admirado maestro de Estrasburgo ha tenido la cortesía de contestarnos la carta que le dirigimos ("Cir y Cir" No. 4 pág. 207) en la que nos dice haber leído nuestros trabajos y nos promete tenerlos muy en cuenta. Se lo agradecemos vivamente. El propósito de reivindicar para México lo que nos corresponde ha recibido estímulo de varios de los más distinguidos académicos; entre los más cordiales y valiosos está el del Vicepresidente de la Academia Dr. Raúl Arturo Chavira a quien debemos generosos y levantados conceptos.

NOTICIAS

Neurológica.

Quien fué Académico de Número Dr. Carlos Jiménez Caballero, muy inteligente, dinámico y simpático académico y compañero dejó de existir. Que sus buenas obras perduren y su recuerdo sirva de aliento.

SOCIEDAD LATINO AMERICANA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA.

PRIMER CONGRESO LATINO AMERICANO.

8-17 Diciembre 1950. Río de la Plata Montevideo, Buenos Aires.
Sr. Presidente de la Academia
Mexicana de Cirugia,
Apartado 7994,
MEXICO, D. F.

Distinguido colega:

Por la presente tenemos el agrado de poner en su conocimiento, que durante los días 8 al 17 de diciembre próximo tendrá lugar el **Primer Congreso Latino Americano de Ortopedia y Traumatología.**—Este Congreso se desarrollará de acuerdo al programa adjunto.

Es nuestra intención hacer llegar una invitación personal a todos los miembros de la Sociedad que usted preside, así como a todos los colegas de su país que tengan interés en el Congreso.

Con tal motivo rogamos a Ud. tenga la gentileza de remitirnos, a la mayor brevedad, los nombres y domicilios de todos ellos.

Agradeciéndole su cooperación y esperando tenerlo entre nosotros en diciembre, saludo a Ud. muy atentamente.

Dr. JOSE MANUEL DEL SEL
Secretario Interino (Rúbrica).

Secretaria General: Dr. D. Vázquez Rolfi, Las Heras 2085 Montevideo, Uruguay.

Secretaria en Buenos Aires: Dr. Carlos E. Ottolenghi: Santa fé No. 1171.

NOTICIAS

Visita del Dr. Jacques Miallaret.

El muy distinguido cirujano, miembro de la Academia de Cirugía de París, Presidente de la Sección Mexicana de La Asociación de Relaciones Culturales de la Escuela de Medicina de París ha hecho muy importante visita, tanto desde el punto de vista científico cuanto porque ha venido a avivar la llama del pensamiento médico francés en la Cirugía mexicana. Dotado de grandes cualidades y con entusiasmo que contagia, hizo una labor muy fecunda que toca a todos, mexicanos y franceses tratar de secundar con vigor.

Congreso del Colegio Internacional de Cirujanos.

Con notable éxito se efectuó el Congreso de Buenos Aires; tanto desde el punto de vista científico, por la calidad y número de trabajos, cuanto en lo social e internacional constituyó un evento de excepcional importancia. Asistió como delegado mexicano e invitado de honor el Académico fundador Dr. Manuel A. Manzanilla.

Carta del Prof. René Fontaine.

El famoso y admirado maestro de Estrasburgo ha tenido la cortesía de contestarnos la carta que le dirigimos ("Cir y Cir" No. 4 pág. 207) en la que nos dice haber leído nuestros trabajos y nos promete tenerlos muy en cuenta. Se lo agradecemos vivamente. El propósito de reivindicar para México lo que nos corresponde ha recibido estímulo de varios de los más distinguidos académicos; entre los más cordiales y valiosos está el del Vicepresidente de la Academia Dr. Raúl Arturo Chavira a quien debemos generosos y levantados conceptos.

NOTICIAS

Neurológica.

Quien fué Académico de Número Dr. Carlos Jiménez Caballero, muy inteligente, dinámico y simpático académico y compañero dejó de existir. Que sus buenas obras perduren y su recuerdo sirva de aliento.

SOCIEDAD LATINO AMERICANA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA.

PRIMER CONGRESO LATINO AMERICANO.

8-17 Diciembre 1950. Río de la Plata Montevideo, Buenos Aires.
Sr. Presidente de la Academia
Mexicana de Cirugia,
Apartado 7994,
MEXICO, D. F.

Distinguido colega:

Por la presente tenemos el agrado de poner en su conocimiento, que durante los días 8 al 17 de diciembre próximo tendrá lugar el **Primer Congreso Latino Americano de Ortopedia y Traumatología.**—Este Congreso se desarrollará de acuerdo al programa adjunto.

Es nuestra intención hacer llegar una invitación personal a todos los miembros de la Sociedad que usted preside, así como a todos los colegas de su país que tengan interés en el Congreso.

Con tal motivo rogamos a Ud. tenga la gentileza de remitirnos, a la mayor brevedad, los nombres y domicilios de todos ellos.

Agradeciéndole su cooperación y esperando tenerlo entre nosotros en diciembre, saludo a Ud. muy atentamente.

Dr. JOSE MANUEL DEL SEL
Secretario Interino (Rúbrica).

Secretaria General: Dr. D. Vázquez Rolfi, Las Heras 2085 Montevideo, Uruguay.

Secretaria en Buenos Aires: Dr. Carlos E. Ottolenghi: Santa fé No. 1171.

NOTICIAS

PRESENTACION DEL Dr. MARC ISELIN ANTE LA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA, EL DIA 5 DE SEPTIEMBRE DE 1950.

Por el Académico Dr. José Castro Villagrana.

Atendiendo a la comisión que me han conferido los señores Presidente y Secretario de nuestra Academia Mexicana de Cirugía, tengo el honor de presentar a ustedes al Dr. Marc Iselin, cirujano francés que educado en esa Escuela por la que México ha tenido gran devoción, ha ido paso a paso conquistando la madurez del cirujano que como clínico examina y dilucida el padecimiento y las condiciones propias de cada enfermo y como operador es seguro en su técnica para llegar a la evidencia en sus resultados.

El Dr. Iselin nació el 15 de febrero de 1898 y se graduó Doctor en Medicina de la Facultad de París en 1929. Desde 1938 es cirujano del Hospital Americano y desde 1941 cirujano del Hospicio de Nanterre, habiendo ingresado a la Academia de Cirugía de París desde el año de 1946. Su educación quirúrgica la hizo durante el internado de los distinguidos Profesores maestros mundiales de la Cirugía: Ombredanne, Delbet, Gosset y Lecène. Asistente del Prof. Moure y después del Dr. Mond de 1930 a 1939 y en el Hospital de La Charité en el Servicio Médico-Quirúrgico de Neumología, asistente cirujano del Prof. Sergent desde 1929 a 1939.

Ha escrito numerosísimos trabajos y publicado diversos libros, entre otros ha alcanzado verdadera popularidad entre la clase médica su libro sobre "Cirugía de la mano", cuya primera edición se hizo en 1928 habiendo alcanzado ya la 5a. edición y contando además con una traducción inglesa y otra rusa.

Además en 1937 publicó un tratado de Cirugía Pulmonar en la Enciclopedia Médico Quirúrgica. Asimismo Técnica de la Cirugía Torácica en el 3er. tomo del Tratado de Técnica Quirúrgica de Quenu Mocquot, de París, en 1945.

Su servicio de Nanterre de Cirugía General le ha obligado a mantenerse como cirujano general ocupándose particularmente de cirugía de la mano y del pulmón.

NOTICIAS

El Profesor Iselin ha dictado numerosas conferencias y ha asistido a innumerables Congresos médicos en su País y en el extranjero; en todos ellos ha llevado un criterio personal bien definido fruto de su dedicación minuciosa y de su experiencia adquirida y manifestada por un ejercicio cotidiano.

El Profesor Iselin explica al cirujano general como un profesionista universitario cuyas ancestrales raigambres académicas vendrían a derivarse de las ideas del renacimiento en las que el espíritu está ansioso de extender y ampliar sus conocimientos como características de humanismo universal: como humanista no puede concebir quien se satisfaga dentro de un círculo limitado y pequeño que podría llevar a una especialización a un trance. La especialización, dice el Profesor Iselin, con razón según cremos nosotros, es la concentración mayor en las disciplinas intelectuales y técnicas dentro de la verificación diaria de una amplitud mayor de conocimientos fisiológicos, patológicos y técnicos que constituyen la clínica general única e indivisa.

Es para nosotros pues, Dr. Iselin, una satisfacción muy grande escucharlo ahora en la Academia Mexicana de Cirugía, contentos de darle la bienvenida y dispuestos con atención a oír sus palabras.

NOTICIAS

PRESENTACION DEL Dr. MARC ISELIN ANTE LA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA, EL DIA 5 DE SEPTIEMBRE DE 1950.

Por el Académico Dr. José Castro Villagrana.

Atendiendo a la comisión que me han conferido los señores Presidente y Secretario de nuestra Academia Mexicana de Cirugía, tengo el honor de presentar a ustedes al Dr. Marc Iselin, cirujano francés que educado en esa Escuela por la que México ha tenido gran devoción, ha ido paso a paso conquistando la madurez del cirujano que como clínico examina y dilucida el padecimiento y las condiciones propias de cada enfermo y como operador es seguro en su técnica para llegar a la evidencia en sus resultados.

El Dr. Iselin nació el 15 de febrero de 1898 y se graduó Doctor en Medicina de la Facultad de París en 1929. Desde 1938 es cirujano del Hospital Americano y desde 1941 cirujano del Hospicio de Nanterre, habiendo ingresado a la Academia de Cirugía de París desde el año de 1946. Su educación quirúrgica la hizo durante el internado de los distinguidos Profesores maestros mundiales de la Cirugía: Ombredanne, Delbet, Gosset y Lecène. Asistente del Prof. Moure y después del Dr. Mond de 1930 a 1939 y en el Hospital de La Charité en el Servicio Médico-Quirúrgico de Neumología, asistente cirujano del Prof. Sergent desde 1929 a 1939.

Ha escrito numerosísimos trabajos y publicado diversos libros, entre otros ha alcanzado verdadera popularidad entre la clase médica su libro sobre "Cirugía de la mano", cuya primera edición se hizo en 1928 habiendo alcanzado ya la 5a. edición y contando además con una traducción inglesa y otra rusa.

Además en 1937 publicó un tratado de Cirugía Pulmonar en la Enciclopedia Médico Quirúrgica. Asimismo Técnica de la Cirugía Torácica en el 3er. tomo del Tratado de Técnica Quirúrgica de Quenu Mocquot, de París, en 1945.

Su servicio de Nanterre de Cirugía General le ha obligado a mantenerse como cirujano general ocupándose particularmente de cirugía de la mano y del pulmón.

NOTICIAS

El Profesor Iselin ha dictado numerosas conferencias y ha asistido a innumerables Congresos médicos en su País y en el extranjero; en todos ellos ha llevado un criterio personal bien definido fruto de su dedicación minuciosa y de su experiencia adquirida y manifestada por un ejercicio cotidiano.

El Profesor Iselin explica al cirujano general como un profesionista universitario cuyas ancestrales raigambres académicas vendrían a derivarse de las ideas del renacimiento en las que el espíritu está ansioso de extender y ampliar sus conocimientos como características de humanismo universal: como humanista no puede concebir quien se satisfaga dentro de un círculo limitado y pequeño que podría llevar a una especialización a un trance. La especialización, dice el Profesor Iselin, con razón según creemos nosotros, es la concentración mayor en las disciplinas intelectuales y técnicas dentro de la verificación diaria de una amplitud mayor de conocimientos fisiológicos, patológicos y técnicos que constituyen la clínica general única e indivisa.

Es para nosotros pues, Dr. Iselin, una satisfacción muy grande escucharlo ahora en la Academia Mexicana de Cirugía, contentos de darle la bienvenida y dispuestos con atención a oír sus palabras.

REVISTA DE PRENSA

AÑO XVIII

SEPTIEMBRE 1950.

NUM. 9.

Tratamiento de la enfermedad fibroquística del páncreas asociada con lesiones bronquiales por esplenicectomía. Por el Doctor Williams B. Ayers. Jour. Inter. de Chir. X,3:146, mayo-junio 1950.

Resúmen: Cinco enfermos con enfermedad fibroquística del páncreas han sido tratados con excelentes resultados por esplenicectomía. La función pancreática se restablece normalmente y ha sido interesante comprobar que los fenómenos brónquicos al mismo tiempo, han desaparecido milagrosamente. La única explicación para el Autor es que el espasmo brónquico es de origen reflejo.

Comentario: Este trabajo está de acuerdo con los nuestros respecto al papel patógeno del esplénico, solamente que para el tratamiento nos parece superior el bloqueo esplénico prolongado. El hecho de que la función pancreática se restablezca normalmente es también observación nuestra y elemento del método de recuperación visceral. Nosotros explicamos la desaparición de los fenómenos brónquicos no por desaparición de espasmo brónquico, sino por la de la irritación esplénica misma que al desaparecer cura el espasmo brónquico.

M. L. E.

Bloqueo del ganglio estelar para alivio simultáneo de la angina de pecho y de afasia motora. Seymour R. Perry y Edwin W. Amyes. Cal. Med. 71. 6: 422-423, diciembre 1949.

Una observación muy interesante que así resúmen: Una paciente con grave angina de pecho asociada con afasia motora fué aliviada temporalmente de todos los síntomas y en pocos minutos después de bloqueo con procaina del ganglio estelar. La posible relación del mecanismo neurovascular y en el corazón es discutido.

Comentario: Tanto en la práctica profesional como en la literatura se encuentran casos como este que demuestran el origen simpático de estos padecimientos o el efecto de recuperación visceral que se obtiene. Seguramente que el bloqueo prolongado haría curación prolongada o definitiva.

M. L. E.

Úlceras de las piernas por isquemia hipertensiva. Eugene M. Farber y Otto E. L. Schmidt. Cal. Med. 72. 1: 4-6, enero 1950.

Sumario: Las úlceras isquémicas de las piernas tienen aspecto distinto de las habituales y han sido observadas en cierto número de pacientes hipertensos, más frecuentemente mujeres, desde hace algunos años. Tales úlceras

se sitúan arriba del tobillo. Comienzan con una área pequeña decolorada y rojiza en el sitio de pequeño traumatismo y evolución hacia la ulceración. En estudios biópsicos en la márgen y en la base se encuentran lesiones escleróticas arteriolares obliterativas y el tejido conectivo con lesiones inflamatorias. Refieren 2 nuevos casos.

Comentario: Observaciones como estas muestran objetivamente lo que el arterioespalmo generalizado produce, por una parte hipertensión general y localmente lesiones isquémicas que pueden llegar a ser irreversibles. Desde luego que estas úlceras cuando son de situación visceral su existencia es más difícil de demostrar.

M. L. E.

"Colangiografía, institución intraduodenal de sulfato de magnesia."
Dr. Pablo L. Mirizzi Jour. Int. Chir. X. 4; 303. Julio-ags. 1950.

RESUMEN

1o. La observación en el curso de la *coletitiasis* de un 80% de vesículas ya "excluidas" totalmente, ya dotadas de un conducto cístico con obstáculo incompleto, dá una idea cabal de las *dificultades técnicas* que enfrenta la *manometría* para justipreciar el funcionalismo del hepatocolódoco. La gran frecuencia de las lesiones anatómicas explican por otra parte la inconstancia de los resultados y la imposibilidad de ejecutarla.

2o. En el grupo de 52 paientes de hepatocolódoco normal, sólo en 10 observaciones la manometría fué fiel, tanto que la colangiografía operatoria demostró la normalidad funcional en *todos los casos*.

3o. La *manometría* en la *colédoco litiasis* incipiente, la más difícil de reconocer y la que ordinariamente pasa inadvertida, da con frecuencia *curvas normales*, hecho que desprestigia el procedimiento tan luego en la fuente más importante de secuelas después de la colecistectomía.

4o. La *manometría* indicó estasis e hipertensión biliar aproximadamente en los 2/3 de los disturbios funcionales del hepatocolódoco exento de cálculos, mientras que la *colangiografía operatoria* asociada a la instilación intraduodenal de SO₄Mg. no sólo fué fiel en todos los casos sino que al apreciar el *grado del disturbio* hizo factible la selección de la táctica quirúrgica adecuada: *colecistectomía* ideal, drenaje transcístico o derivación interna mediante anastomosis.

Un hecho digno de consignarse es la relativa frecuencia del *síndrome del hepático*, el cual es identificado exclusivamente por la colangiografía operatoria.

A título de conclusión, fundado en las 100 observaciones de colecistitis calculosa y 3 casos de colecistitis sine concremento, la práctica de la manome-

REVISTA DE PRENSA

AÑO XVIII

SEPTIEMBRE 1950.

NUM. 9.

Tratamiento de la enfermedad fibroquística del páncreas asociada con lesiones bronquiales por esplenicectomía. Por el Doctor Williams B. Ayers. Jour. Inter. de Chir. X,3:146, mayo-junio 1950.

Resúmen: Cinco enfermos con enfermedad fibroquística del páncreas han sido tratados con excelentes resultados por esplenicectomía. La función pancreática se restablece normalmente y ha sido interesante comprobar que los fenómenos brónquicos al mismo tiempo, han desaparecido milagrosamente. La única explicación para el Autor es que el espasmo brónquico es de origen reflejo.

Comentario: Este trabajo está de acuerdo con los nuestros respecto al papel patógeno del esplénico, solamente que para el tratamiento nos parece superior el bloqueo esplénico prolongado. El hecho de que la función pancreática se restablezca normalmente es también observación nuestra y elemento del método de recuperación visceral. Nosotros explicamos la desaparición de los fenómenos brónquicos no por desaparición de espasmo brónquico, sino por la de la irritación esplénica misma que al desaparecer cura el espasmo brónquico.

M. L. E.

Bloqueo del ganglio estelar para alivio simultáneo de la angina de pecho y de afasia motora. Seymour R. Perry y Edwin W. Amyes. Cal. Med. 71. 6: 422-423, diciembre 1949.

Una observación muy interesante que así resúmen: Una paciente con grave angina de pecho asociada con afasia motora fué aliviada temporalmente de todos los síntomas y en pocos minutos después de bloqueo con procaina del ganglio estelar. La posible relación del mecanismo neurovascular y en el corazón es discutido.

Comentario: Tanto en la práctica profesional como en la literatura se encuentran casos como este que demuestran el origen simpático de estos padecimientos o el efecto de recuperación visceral que se obtiene. Seguramente que el bloqueo prolongado haría curación prolongada o definitiva.

M. L. E.

Úlceras de las piernas por isquemia hipertensiva. Eugene M. Farber y Otto E. L. Schmidt. Cal. Med. 72. 1: 4-6, enero 1950.

Sumario: Las úlceras isquémicas de las piernas tienen aspecto distinto de las habituales y han sido observadas en cierto número de pacientes hipertensos, más frecuentemente mujeres, desde hace algunos años. Tales úlceras

se sitúan arriba del tobillo. Comienzan con una área pequeña decolorada y rojiza en el sitio de pequeño traumatismo y evolución hacia la ulceración. En estudios biópsicos en la márgen y en la base se encuentran lesiones esclerosas arteriolares obliterativas y el tejido conectivo con lesiones inflamatorias. Refieren 2 nuevos casos.

Comentario: Observaciones como estas muestran objetivamente lo que el arterioespalmo generalizado produce, por una parte hipertensión general y localmente lesiones isquémicas que pueden llegar a ser irreversibles. Desde luego que estas úlceras cuando son de situación visceral su existencia es más difícil de demostrar.

M. L. E.

"Colangiografía, institución intraduodenal de sulfato de magnesia."
Dr. Pablo L. Mirizzi Jour. Int. Chir. X. 4; 303. Julio-ags. 1950.

RESUMEN

1o. La observación en el curso de la *coletitiasis* de un 80% de vesículas ya "excluidas" totalmente, ya dotadas de un conducto cístico con obstáculo incompleto, dá una idea cabal de las *dificultades técnicas* que enfrenta la *manometría* para justipreciar el funcionalismo del hepatocolódoco. La gran frecuencia de las lesiones anatómicas explican por otra parte la inconstancia de los resultados y la imposibilidad de ejecutarla.

2o. En el grupo de 52 paientes de hepatocolódoco normal, sólo en 10 observaciones la manometría fué fiel, tanto que la colangiografía operatoria demostró la normalidad funcional en *todos los casos*.

3o. La *manometría* en la *colédoco litiasis* incipiente, la más difícil de reconocer y la que ordinariamente pasa inadvertida, da con frecuencia *curvas normales*, hecho que desprestigia el procedimiento tan luego en la fuente más importante de secuelas después de la colecistectomía.

4o. La *manometría* indicó estasis e hipertensión biliar aproximadamente en los 2/3 de los disturbios funcionales del hepatocolódoco exento de cálculos, mientras que la *colangiografía operatoria* asociada a la instilación intraduodenal de SO₄Mg. no sólo fué fiel en todos los casos sino que al apreciar el *grado del disturbio* hizo factible la selección de la táctica quirúrgica adecuada: *colecistectomía* ideal, drenaje transcístico o derivación interna mediante anastomosis.

Un hecho digno de consignarse es la relativa frecuencia del *síndrome del hepático*, el cual es identificado exclusivamente por la colangiografía operatoria.

A título de conclusión, fundado en las 100 observaciones de colecistitis calculosa y 3 casos de colecistitis sine concremento, la práctica de la manome-

tría no agregó ninguna reseña que no haya suministrado la C. O. y sólo se lamentó a menudo datos inexactos y contradictorios dependientes, en gran parte de las dificultades técnicas ligadas a las frecuentes lesiones anatomopatológicas del conducto cístico o de la vesícula misma.

Comentario (que incluye el titulado "Colangiografía de Mirizzi y Manometría de Mallet Guy" del académico Dr. José Castro Villagrana que se publica en otro lugar de este número de "Cirugía y Cirujanos"). Muy interesantes trabajos que manifiestan criterios diferentes; el del Dr. Mirizzi atribuye importancia exclusiva a la colangiografía y el del Dr. Castro Villagrana que afirma que la colangiografía y la manometría comparten su utilidad. Nos parecen muy sólidos y de mucho crédito las observaciones del Dr. Mirizzi contrarias a la manometría; nos afiliamos con él porque además tenemos en cuenta otras razones que disminuyen o hacen que pierda valor la manometría, a saber: se hace durante anestesia, la que casi total (cuando es esplácnica) o parcialmente modifica la dinámica biliar resultando inadecuado medir en esas condiciones y los resultados falsos; la inyección crea condiciones totalmente anormales, desusuales y por tanto exóticas.

En lo relativo a las recidivas después de las colecistectomías, el Dr. Castro Villagrana sintetiza sus causas, magistralmente, en tres posibilidades, siendo la última la funcional, en la que nos dice que su patogenia no está perfectamente esclarecida (pág. 392). Aunque ésta afirmación es una verdad cuando se observa un criterio estricto nos parece que hemos contribuido a esclarecer esta patogenia (ver "Causas de recidiva después de operaciones sobre las vías biliares", contribución al XIII Congreso Internacional de Cirugía, Nueva Orleans, octubre de 1949, "Cir y Cir." 17. 9: 464-467 ó Memorias del mismo págs. 881-884, 1950 Bruselas); la causa es de irritación nerviosa simpática o esplacnitis que, como hemos explicado puede extenderse o generalizarse, como es bella ilustración la referencia del Dr. Castro (pág. 344 párrafo I), de enferma que sufría recidiva cuando estaba en su fecha de menstruación: deducimos que la irritación incluía el plexo hipogástrico y explicándose el cuadro con un sólo diagnóstico, la esplacnitis y su adecuado tratamiento la esplacnoterapia.

M. L. E.

LA METAMERIZACION DE LAS LESIONES DE LA ENFERMEDAD ULCEROSA DEDUCCIONES PATOLOGICAS.

Doctor Adolphe Bernard.—La Pres. Med. No. 43; 777, 5 julio 1950.

La enfermedad ulcerosa comprende dos lesiones: la gastritis y el cráter ulceroso; dos manifestaciones anatómicas que tienen el mismo origen y la misma evolución.

Estas lesiones están bajo la dependencia del sistema neurovegetativo y como el estómago es un órgano simétrico, ellas afectan las dos caras de la

viscera, obedeciendo así a la ley de la bilateralidad que caracteriza los reflejos sensitivos vasomotores y secretorios de la vida vegetativa.

La incitación nerviosa provoca a la vez trastornos nutritivos parietales que constituyen la gastritis y modificaciones vasculares de localización submucosa predominante, de las cuales unas curan sin dejar señal y las otras terminarán en la necrosis hemorrágica de la mucosa, la úlcera de Cruveilhier.

La influencia nerviosa en la enfermedad ulcerosa tiene por otra parte como efecto, al disposición metamérica de las lesiones, como lo testimonia la disposición anatómica de la gastritis ulcerosa, de los (kissing-ulcers) y de las preúlcas.

Así se precisa para nosotros el mecanismo patogénico neuro-circulatorio de la enfermedad ulcerosa; se trata del mecanismo patogénico parietal, intra-mural; quedan por estudiar las causas que ponen en marcha éste mecanismo patogénico.

COMENTARIO.—El estudio médico es la fuente más importante de conocimientos que con otros más que han seguido a los nuestros llevan la tendencia a verificar al sistema neuro-vegetativo o simpático como el factor fundamental de la producción de las úlceras y ayuda a explicarnos la distinta localización de ellas; como se sabe la prueba que hemos obtenido del origen simpático de las úlceras es terapéutico experimental en los enfermos, logrando la curación de las úlceras por medio del bloqueo prolongado esplácnico.

M. L. E.

LA RESECCION DEL PLEXO PREAORTICO EN LA ANGINA DE PECHO.

Doctor G. Arnulf, de Lyon.—*Jour. de Chir.* 66: 2, 97. febrero 1950.

La resección del plexo preaórtico ha sido preconizada por el autor hace poco más de 10 años y toma actualmente mayor importancia en el tratamiento de la angina de pecho. La técnica que recomienda es por vía transpleural o por vía extrapleural. Por vía transpleural por una incisión torácica al nivel del 2o. espacio intercostal; es fácil abriendo la pleura llegar sobre la cara izquierda del callado aórtico incindiendo entonces en un 2o. tiempo la pleura mediastínica, es fácil después de haber rechazado el pulmón hacia abajo, reconocer el neumogástrico y las fibras de plexo preaórtico que están adelante de él; este método transpleural en sujetos delicados reviste cierta gravedad; no obstante su simplicidad debe hacérsela rechazar y preferir la anterior o pleural que es la que utiliza el autor más frecuentemente; su principio es abordar la cara izquierda del callado de la aorta reseccionando la 2a. costilla, reclinando las 2 hojas pleurales o costomediastinales: la ligadura de los vasos mamarios internos facilita el abatimiento del fondo de saco pleural costomediastínico anterior; en fin por esta vía se queda arri-

tría no agregó ninguna reseña que no haya suministrado la C. O. y sólo se lamentó a menudo datos inexactos y contradictorios dependientes, en gran parte de las dificultades técnicas ligadas a las frecuentes lesiones anatomopatológicas del conducto cístico o de la vesícula misma.

Comentario (que incluye el titulado "Colangiografía de Mirizzi y Manometría de Mallet Guy" del académico Dr. José Castro Villagrana que se publica en otro lugar de este número de "Cirugía y Cirujanos"). Muy interesantes trabajos que manifiestan criterios diferentes; el del Dr. Mirizzi atribuye importancia exclusiva a la colangiografía y el del Dr. Castro Villagrana que afirma que la colangiografía y la manometría comparten su utilidad. Nos parecen muy sólidos y de mucho crédito las observaciones del Dr. Mirizzi contrarias a la manometría; nos afiliamos con él porque además tenemos en cuenta otras razones que disminuyen o hacen que pierda valor la manometría, a saber: se hace durante anestesia, la que casi total (cuando es esplácnica) o parcialmente modifica la dinámica biliar resultando inadecuado medir en esas condiciones y los resultados falsos; la inyección crea condiciones totalmente anormales, desusuales y por tanto exóticas.

En lo relativo a las recidivas después de las colecistectomías, el Dr. Castro Villagrana sintetiza sus causas, magistralmente, en tres posibilidades, siendo la última la funcional, en la que nos dice que su patogenia no está perfectamente esclarecida (pág. 392). Aunque ésta afirmación es una verdad cuando se observa un criterio estricto nos parece que hemos contribuido a esclarecer esta patogenia (ver "Causas de recidiva después de operaciones sobre las vías biliares", contribución al XIII Congreso Internacional de Cirugía, Nueva Orleans, octubre de 1949, "Cir y Cir." 17. 9: 464-467 ó Memorias del mismo págs. 881-884, 1950 Bruselas); la causa es de irritación nerviosa simpática o esplacnitis que, como hemos explicado puede extenderse o generalizarse, como es bella ilustración la referencia del Dr. Castro (pág. 344 párrafo I), de enferma que sufría recidiva cuando estaba en su fecha de menstruación: deducimos que la irritación incluía el plexo hipogástrico y explicándose el cuadro con un sólo diagnóstico, la esplacnitis y su adecuado tratamiento la esplacnoterapia.

M. L. E.

LA METAMERIZACION DE LAS LESIONES DE LA ENFERMEDAD ULCEROSA DEDUCCIONES PATOLOGICAS.

Doctor Adolphe Bernard.—La Pres. Med. No. 43; 777, 5 julio 1950.

La enfermedad ulcerosa comprende dos lesiones: la gastritis y el cráter ulceroso; dos manifestaciones anatómicas que tienen el mismo origen y la misma evolución.

Estas lesiones están bajo la dependencia del sistema neurovegetativo y como el estómago es un órgano simétrico, ellas afectan las dos caras de la

viscera, obedeciendo así a la ley de la bilateralidad que caracteriza los reflejos sensitivos vasomotores y secretorios de la vida vegetativa.

La incitación nerviosa provoca a la vez trastornos nutritivos parietales que constituyen la gastritis y modificaciones vasculares de localización submucosa predominante, de las cuales unas curan sin dejar señal y las otras terminarán en la necrosis hemorrágica de la mucosa, la úlcera de Cruveilhier.

La influencia nerviosa en la enfermedad ulcerosa tiene por otra parte como efecto, al disposición metamérica de las lesiones, como lo testimonia la disposición anatómica de la gastritis ulcerosa, de los (kissing-ulcers) y de las preúlcas.

Así se precisa para nosotros el mecanismo patogénico neuro-circulatorio de la enfermedad ulcerosa; se trata del mecanismo patogénico parietal, intra-mural; quedan por estudiar las causas que ponen en marcha éste mecanismo patogénico.

COMENTARIO.—El estudio médico es la fuente más importante de conocimientos que con otros más que han seguido a los nuestros llevan la tendencia a verificar al sistema neuro-vegetativo o simpático como el factor fundamental de la producción de las úlceras y ayuda a explicarnos la distinta localización de ellas; como se sabe la prueba que hemos obtenido del origen simpático de las úlceras es terapéutico experimental en los enfermos, logrando la curación de las úlceras por medio del bloqueo prolongado esplácnico.

M. L. E.

LA RESECCION DEL PLEXO PREAORTICO EN LA ANGINA DE PECHO.

Doctor G. Arnulf, de Lyon.—*Jour. de Chir.* 66: 2, 97. febrero 1950.

La resección del plexo preaórtico ha sido preconizada por el autor hace poco más de 10 años y toma actualmente mayor importancia en el tratamiento de la angina de pecho. La técnica que recomienda es por vía transpleural o por vía extrapleural. Por vía transpleural por una incisión torácica al nivel del 2o. espacio intercostal; es fácil abriendo la pleura llegar sobre la cara izquierda del callado aórtico incindiendo entonces en un 2o. tiempo la pleura mediastínica, es fácil después de haber rechazado el pulmón hacia abajo, reconocer el neumogástrico y las fibras de plexo preaórtico que están adelante de él; este método transpleural en sujetos delicados reviste cierta gravedad; no obstante su simplicidad debe hacérsela rechazar y preferir la anterior o pleural que es la que utiliza el autor más frecuentemente; su principio es abordar la cara izquierda del callado de la aorta resecando la 2a. costilla, reclinando las 2 hojas pleurales o costomediastinales: la ligadura de los vasos mamarios internos facilita el abatimiento del fondo de saco pleural costomediastínico anterior; en fin por esta vía se queda arri-

ba del pericardio que no hay necesidad de incidir; una vez el desprendimiento pleural asegurado separa del plexo únicamente por tejido celular más o menos grueso según los sujetos, pero que es fácil disociar y casi siempre sin hemorragia.

COMENTARIO.—Tuvimos el gusto de conocer personalmente estos trabajos durante nuestra visita a Lyon hace 2 años y admirar el acierto y buena orientación que lleva este cirujano en la cirugía nerviosa simpática-cardíaca; nos parece que el método quirúrgico tiene la ventaja de dirigirse con mayor exactitud y actuar solamente sobre el lugar o sobre el plexo preaórtico; como se sabe entre otros cardiólogos, Camilo Lian, hace infiltración novocainica por inyección supraesternal haciendo contacto con la cara anterior de la aorta; nosotros no solamente nos conformamos con la anestesia sino que empleamos otros métodos anti-irritativos que nos parecen hasta ahora muy eficaces desde luego menos agresivos ya sea en solución de yoduro de sodio, la vitamina B1 y en casos especiales el alcohol en dosis pequeñas y aumentarlas posteriormente según la necesidad.

M. L. E.

VALOR COMPARADO DE LAS SECCIONES VAGALES Y SIMPATICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS GASTRO-DUODENALES.

Lyon Chir. 44:1, 51-57, enero-febrero 1949, No. 4 F. Froehlich de Estrasburgo.

El Autor ha efectuado 25 esplanicectomías uni ó bilaterales por úlcera, ninguna muerte; después de 4 años más, 12 muy buenos resultados de los cuales 9 perfectos muy superiores a los de las resecciones gástricas.

COMENTARIO.—Como se observa hay varios cirujanos que, como nosotros, se han fijado en el padecimiento del simpático como causante de las úlceras y están obteniendo buenos resultados para curarlas por medio de las esplanicectomías. Nosotros preferimos el bloqueo prolongado, mucho menos agresivo y peligroso que la operación y que tiene la ventaja de que se puede repetir y también con resultados muy buenos o excelentes.

M. L. E.

SIMPATECTOMIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ESENCIAL. VALUACION DE RESULTADOS EN 53 CASOS.

Doctores Marcus H. Rabwin, D. H. Rosenblum y Morris Freidin.—Annals of West. Med. and Surg. 4:7, 326-329 julio 1950.

Los resultados finales de la simpatectomía en series de 55 casos van del éxito al fracaso; los éxitos sin embargo, han sido tales que compensan los fracasos; en este respecto, al resultado de la operación es comparable al

REVISTA DE PRENSA

tratamiento quirúrgico del cáncer. Ciertamente hasta que no se conozca más la causa esencial de la hipertensión, creen los autores que debe continuarse el presente con el tratamiento quirúrgico, mientras otros métodos puedan progresar.

COMENTARIO.—Nosotros creemos que la simpatectomía puede ser no solamente evitada, sino obtener mayor extensión y mejores resultados por medio del bloqueo prolongado o de neurolisis simpática por método que hemos dado a conocer en algunos trabajos anteriores.

ba del pericardio que no hay necesidad de incidir; una vez el desprendimiento pleural asegurado separa del plexo únicamente por tejido celular más o menos grueso según los sujetos, pero que es fácil disociar y casi siempre sin hemorragia.

COMENTARIO.—Tuvimos el gusto de conocer personalmente estos trabajos durante nuestra visita a Lyon hace 2 años y admirar el acierto y buena orientación que lleva este cirujano en la cirugía nerviosa simpática-cardíaca; nos parece que el método quirúrgico tiene la ventaja de dirigirse con mayor exactitud y actuar solamente sobre el lugar o sobre el plexo preaórtico; como se sabe entre otros cardiólogos, Camilo Lian, hace infiltración novocainica por inyección supraesternal haciendo contacto con la cara anterior de la aorta; nosotros no solamente nos conformamos con la anestesia sino que empleamos otros métodos anti-irritativos que nos parecen hasta ahora muy eficaces desde luego menos agresivos ya sea en solución de yoduro de sodio, la vitamina B1 y en casos especiales el alcohol en dosis pequeñas y aumentarlas posteriormente según la necesidad.

M. L. E.

VALOR COMPARADO DE LAS SECCIONES VAGALES Y SIMPATICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS GASTRO-DUODENALES.

Lyon Chir. 44:1, 51-57, enero-febrero 1949, No. 4 F. Froehlich de Estrasburgo.

El Autor ha efectuado 25 esplanicectomías uni ó bilaterales por úlcera, ninguna muerte; después de 4 años más, 12 muy buenos resultados de los cuales 9 perfectos muy superiores a los de las resecciones gástricas.

COMENTARIO.—Como se observa hay varios cirujanos que, como nosotros, se han fijado en el padecimiento del simpático como causante de las úlceras y están obteniendo buenos resultados para curarlas por medio de las esplanicectomías. Nosotros preferimos el bloqueo prolongado, mucho menos agresivo y peligroso que la operación y que tiene la ventaja de que se puede repetir y también con resultados muy buenos o excelentes.

M. L. E.

SIMPATECTOMIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ESENCIAL. VALUACION DE RESULTADOS EN 53 CASOS.

Doctores Marcus H. Rabwin, D. H. Rosenblum y Morris Freidin.—Annals of West. Med. and Surg. 4:7, 326-329 julio 1950.

Los resultados finales de la simpatectomía en series de 55 casos van del éxito al fracaso; los éxitos sin embargo, han sido tales que compensan los fracasos; en este respecto, al resultado de la operación es comparable al

REVISTA DE PRENSA

tratamiento quirúrgico del cáncer. Ciertamente hasta que no se conozca más la causa esencial de la hipertensión, creen los autores que debe continuarse el presente con el tratamiento quirúrgico, mientras otros métodos puedan progresar.

COMENTARIO.—Nosotros creemos que la simpatectomía puede ser no solamente evitada, sino obtener mayor extensión y mejores resultados por medio del bloqueo prolongado o de neurolisis simpática por método que hemos dado a conocer en algunos trabajos anteriores.



4 amp. de 1 cm³.

ALBACORTIL

Reg. NUM. 33773 S. S. A.

FORMULA 1:

Acetato de desoxicorticosterona	2 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 2:

Acetato de desoxicorticosterona	5 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 3:

Acetato de desoxicorticosterona	10 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

Para una ampolleta.

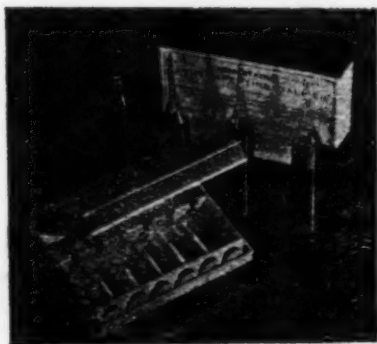
ESTIMULANTE DE METABOLISMO GENERAL

Laboratorios "ALBAMEX", S. A.

Querétaro 28.

MEXICO, D. F.

ARHEMAPECTINE



GALLIER

**HEMOSTATICO PODEROSO POR
COAGULACION A BASE DE PECTINA**

Caja de 4 amps. de 20 c. c.

Caja de 6 amps. de 5 c. c.

**COMPLETAMENTE ATOXICO Y EXCENTO
DE SHOCK. TOLERANCIA PERFECTA.
NINGUNA CONTRAINDICACION**

Este medicamento es de empleo delicado

Reg Núm 5230 D S P

Prop Núm 9860

ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.

RHIN NUM. 37

MEXICO, D. F.



4 amp. de 1 cm³.

ALBACORTIL

Reg. NUM. 33773 S. S. A.

FORMULA 1:

Acetato de desoxicorticosterona	2 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 2:

Acetato de desoxicorticosterona	5 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 3:

Acetato de desoxicorticosterona	10 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

Para una ampolleta.

ESTIMULANTE DE METABOLISMO GENERAL

Laboratorios "ALBAMEX", S. A.

Querétaro 28.

MEXICO, D. F.

ARHEMAPECTINE

GALLIER

HEMOSTATICO PODEROSO POR
COAGULACION A BASE DE PECTINA

Caja de 4 amps. de 20 c. c.

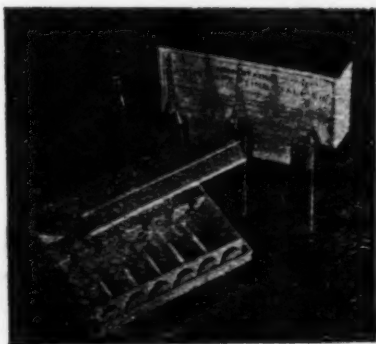
Caja de 6 amps. de 5 c. c.

COMPLETAMENTE ATOXICO Y EXCENTO
DE SHOCK. TOLERANCIA PERFECTA.
NINGUNA CONTRAINDICACION

Este medicamento es de empleo delicado

Reg Núm 5230 D S P

Prop Núm 9860



ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.

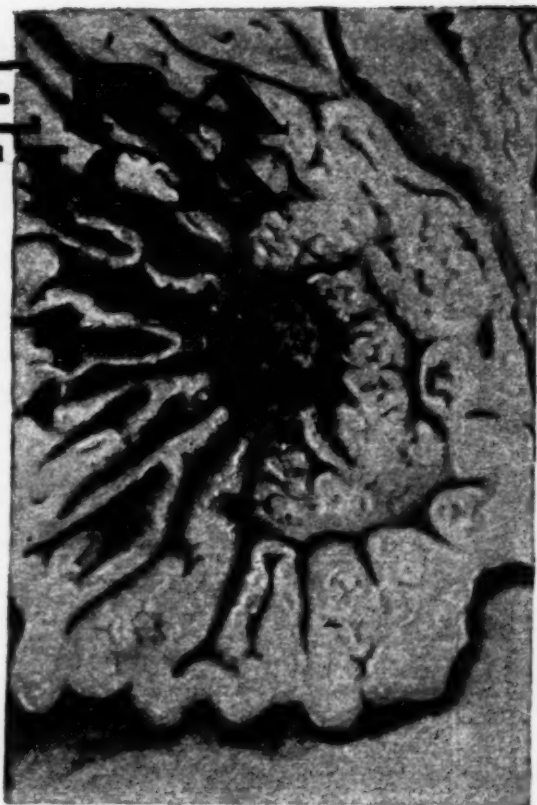
RHIN NUM. 37

MEXICO, D. F.

ULCER PEPTICA

"...los clínicos y los investigadores, están cada día más convencidos de que el factor básico causante de la úlcera péptica y de los trastornos que lleva consigo radica en las perturbaciones motoras del segmento gastrointestinal superior".

Múltiples experiencias han demostrado que la mejor terapéutica de este padecimiento lo constituye la administración oral a dosis adecuadas de



Banthine

Fórmula: Cada Tableta contiene:

Eromo metilato del xantino 9 carbo-
xilato de beta dietil amino etanol.. .50 mg.
Excipiente y colorante c.b.p. 254 mg.

Fabricado por G. D. Searle & Co.
Chicago, E. U. A.

DISTRIBUIDO POR
CARLOS GROSSMAN, S. A.
SADI CARNOT 86 MEXICO, D. F.

Reg. S. S. A. No. 36201